

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamisen ja talouden tiedekunta

**VAPAAEHTOISEN SAIRAUSKULUVAKUUTTAMISEN
NYKYTILANNE JA TULEVAISUUDEN SKENAARIOT**

Vakuutustiede
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2019
Tekijä; Aleksi Koivunen
Ohjaaja: Lasse Koskinen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamisen ja talouden tiedekunta, vakuutustiede
Tekijä:	KOIVUNEN, ALEKSI
Tutkielman nimi:	Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytila ja tulevaisuuden skenaariot
Pro Gradu -tutkielma:	85 sivua, 6 liitesivua
Aika:	Huhtikuu 2019
Avainsanat:	Vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus, henkilövakuutus, skenaario, vahinkovakuutusyhtiö, moraalikato, haitallinen valikoituminen, agentti-päämies-ongelma, ennaltaehkäisy

Terveys on ihmisten arvoasteikon kärkipäässä ja terveys liittyy vahvasti sekä yksilön että yhteiskunnan hyvinvointiin. Väestön terveydentila on taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti tärkeä tekijä, sillä sairaudet, tapaturmat ja toimintakyvyn menetys ovat ihmiselämään kuuluvia ongelmia. Aihe on ajankohtainen, sillä terveydenhuollossa ja terveyden vakuuttamisessa on tapahtumassa merkittäviä muutoksia poliittisesta, taloudellisesta, sosiaalisesta ja teknologisesta näkökulmasta.

Terveyden ja toimintakyvyn menetys on yksi vaikuttavimmista kotitalouden kohtaamista riskeistä. Sairastumisen riskin näkökulmasta henkilön riskienhallinta voi perustua sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitamalla jo olemassa olevia sairauksia, säästämällä varoja käytettäväksi mahdollisen sairastumisen aiheuttamiin hoitokustannuksiin tai vakuuttamalla kyseinen riski. Terveysvakuutus luo yksilölle ja kotitaloudelle arvoa siten, että se pienentää tulotason laskun vaikutusta kotitalouden toimeentuloon, varmistaa laadukkaan hoidon ja vähentää terveydenhuollon kuluista aiheutuvia kustannuksia yksilölle.

Tämän tutkielman tavoitteena oli tutkia vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta markkinoilla ja sairauskuluvakuuttamista koskevia merkittävimpiä muutostrendejä. Tutkimus toteutettiin intuitiivisloogisena skenaarioanalyysinä nykyhetkestä tulevaisuuteen luomalla vaihtoehtoisia tulevaisuudentiloja. Tutkimusaineisto kerättiin Delfi-menetelmällä vahinkovakuutusyhtiöiden asiantuntijoista muodostetun asiantuntijajaneelin vastauksiin perustuen.

Asiantuntijajaneelin vastausten perusteella vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta voidaan kuvata nykyhetkessä turvatuotteeksi, jonka avulla he kykenevät rahoittamaan sairaalapalvelunsa elinkaarensa ajan vauvasta vaariin. Vakuutustuotteessa nähdään olevan paljon potentiaalia ja terveyden vakuuttamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävästi tulevaisuudessa. Merkittävimmät vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista koskevat muutostrendit liittyvät poliittisesta näkökulmasta terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksiin, hoitoon pääsyyn ja Kela-korvausten muutoksiin. Taloudellisten tekijöiden osalta terveydenhuollon kasvavat kustannukset ja yleinen taloustilanne koettiin merkittäväksi. Sosiaalisia merkittäviä muutostrendejä ovat elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit, terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen ja väestön demografian muutokset. Lisäksi teknologisia merkittävimmiä tekijöiksi nähtiin kasvava datan määrä, vakuutus- ja korvausprosessien digitalisaatio sekä mittalaitteiden kehittyminen.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen aihealue	1
1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset.....	3
1.3 Keskeiset rajaukset.....	4
1.4 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot.....	5
1.5 Teoreettinen tausta ja viitekehys.....	6
1.6 Keskeiset käsitteet.....	8
1.7 Tutkielman rakenne	10
2 TERVEYDEN VAKUUTTAMINEN	12
2.1 Terveyden vakuuttaminen Suomessa.....	12
2.1.1 Taustaa	12
2.1.2 Lakisääteinen terveyden vakuuttaminen.....	15
2.1.3 Vapaaehtoinen sairauskuluvakuuttaminen.....	16
2.1.4 Sääntely.....	19
2.1.5 Vapaaehtoisen terveyden vakuuttamisen markkinat Suomessa.....	21
2.2 Vapaaehtoisen terveyden vakuuttamisen erityiskysymyksiä.....	23
2.2.1 Sairauskuluvakuutusten moraalikato	23
2.2.2 Haitallinen valikoituminen	25
2.2.3 Agentti-päämies-ongelma.....	26
2.2.4 Sairauksien ennaltaehkäisy	27
3 MENETELMÄ JA AINEISTO.....	29
3.1 Skenaariomenetelmän perusteita	29
3.2 Skenaarioprosessi.....	31
3.3 Aineiston keruu ja tutkimushaastatteluiden kohde	35
3.4 Aineiston kuvaus ja haastattelujen eteneminen	37
4 VAPAAEHTOISEN SAIRAUSKULUVAKUUTUKSEN KOHTAAMAT MUUTOSTRENDIT.....	40
4.1 Poliittiset muutokset.....	40
4.1.1 Terveydenhuollon palvelurakenteen muutokset	40
4.1.2 Hoitoon pääsy	42
4.1.3 Kela-korvaukset	44
4.2 Taloudelliset muutokset.....	45
4.2.1 Terveydenhuollon kustannusten kehitys.....	45
4.2.2 Yleinen taloustilanne	47
4.3 Sosiaaliset muutokset.....	48
4.3.1 Elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit	48
4.3.2 Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen	49
4.3.3 Väestön demografia	51
4.4 Teknologiset muutokset.....	53
4.4.1 Datan kasvava määrä	53
4.4.2 Vakuutus- ja korvausprosessien digitalisaatio.....	54
4.4.3 Mittalaitteet.....	55
5 VAPAAEHTOISEN SAIRAUSKULUVAKUUTTAMISEN NYKYTILANNE JA TULEVAISUUDEN SKENAARIOT	57

5.1 Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne.....	57
5.2 Tulevaisuuden skenaariot.....	59
5.3.1 Taloudellinen mukautuminen	59
5.2.2 Poliittinen pyörremyrsky	60
5.2.3 Digitaalinen vallankumous	63
5.3 Skenaarioiden arviointi	65
5.4 Skenaarioiden erityiskysymyksiä.....	68
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	71
6.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen.....	71
6.1.1 Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne.....	71
6.1.2 Vapaaehtoiseen sairauskuluvakuutukseen vaikuttavat muutostrendit	73
6.2 Tutkimuksen arviointi	75
6.3 Lopuksi	77
LÄHDELUETTELO	
LIITE 1: VAKUUTUSYHTIÖN TEEMAHAASTATTELURUNKO	
LIITE 2: VAIKUTTAVUUS/EPÄVARMUUS -ARVIOINNIN APULOMAKE	
LIITE 3: MUUTOSTRENDIEN TARKENTAVAT KYSYMYKSET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	7
Kuvio 2 Vakuutusten jaottelu	10
Kuvio 3 Terveysthuollon järjestelmän keskeisimmät toimijatahot	14
Kuvio 4 Sairauskuluvaruutettujen lukumäärä 2013-2017	18
Kuvio 5 Muu tapaturma ja sairaus yhtiöittäin 2015-2017, prosenttia luokkaryhmästä	22
Kuvio 6 Muun tapaturman ja sairauden vakuutusmaksutulo 2013-2017 (1000€)	23
Kuvio 7 Skenaarioprosessin vaiheet	31
Kuvio 8 Vaikuttavuus/epävarmuus –nelikenttä	33
Kuvio 9 Skenaarioiden kohdistuminen todennäköisyyden ja vaikuttavuuden suhteen	35
Kuvio 10 Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa	42
Kuvio 11 Kelan sairaanhoitokorvaukset 2017, %	45
Kuvio 12 Terveysthuollon menot 2000-2016	46
Kuvio 13 Terveystmenot asukasta kohden (2011)	52
Kuvio 14 Taloudellisen mukautumisen skenaario	60
Kuvio 15 Poliittisen pyörremyrskyn skenaario	62
Kuvio 16 Digitaalisen vallankumouksen skenaario	65
Kuvio 17 Skenaariot todennäköisyys/vaikutus -akseleilla	66
Kuvio 18 Muutostrendien jakautuminen PEST-kehikossa	73
Kuvio 19 Muutostrendit osana skenaarioita	74

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen aihealue

Terveys on ihmisten arvoasteikon kärkipäässä ja terveys liittyy vahvasti sekä yksilön että yhteiskunnan hyvinvointiin. Väestön terveydentila on taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti tärkeä tekijä, sillä sairaudet, tapaturmat ja toimintakyvyn menetys ovat ihmiselämään kuuluvia ongelmia. (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorekoski & Leppo 2013, 242-243) Jokaisen maan ja alueen merkittävin voimavara piilee hyvinvoivissa ja terveissä yksilöissä (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018).

Terveyden ja toimintakyvyn menetys on yksi vaikuttavimmista kotitalouden kohtaamista riskeistä. Ensinnäkin terveyden menetys vaikuttaa yksilön tuottavuuden pienentymiseen, mikä vaikuttaa alentuneeseen tulotasoon. Toiseksi kustannuksia aiheutuu itse sairauden tai tapaturman hoitamisesta. Riskin toteutuminen voi siis vaikuttaa merkittävästi perheiden toimeentuloon, sillä hoitokulut voivat olla suhteessa korkeat tulotasoon verrattuna. Tästä syystä sairaus tai tapaturma voi jäädä hoitamatta huonolaatuisen hoidon tai kokonaan hoidosta kieltäytymisen vuoksi, kun tarvittavaa hoitoa ei kyetä rahoittamaan.

Riskiin voi varautua erilaisin keinoin, muun muassa estämällä vahingon sattuminen, pienentämällä vahingon vaikutuksia, pitämällä vahingon aiheutumisesta koituvat kustannukset kokonaan omalla vastuulla tai vakuuttamalla kyseinen riski (Rantala & Pentikäinen 2014). Sairastumisen riskin näkökulmasta riskienhallinta voi perustua sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitamalla jo olemassa olevia sairauksia, säästämällä varoja käytettäväksi mahdollisen sairastumisen aiheuttamiin hoitokustannuksiin tai vakuuttamalla kyseinen riski. Terveysvakuutus luo yksilölle ja kotitaloudelle arvoa siten, että se pienentää tulotason laskun vaikutusta kotitalouden toimeentuloon, varmistaa laadukkaan hoidon ja vähentää terveydenhuollon kuluista aiheutuvia kustannuksia yksilölle. (Liu 2016, 16; 29-30)

Aihe on ajankohtainen, sillä terveydenhuollossa ja terveyden vakuuttamisessa on tapahtumassa merkittäviä muutoksia. Poliittisella kentällä Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon

palvelurakenteita on tarkoitus uudistaa lähivuosien aikana, jotta palveluiden saatavuutta ja yhdenvertaisuutta saadaan parannettua ja turhia kustannuksia voidaan karsia (Maakunta- ja sote-uudistus: Sosiaali- ja terveystalouden on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu). Tämä tarkoittaa, että Juha Sipilän hallituskauden maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelun päättymisestä huolimatta Sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa kehitystyötä hyödyntämällä jo aiemmin tehtyä työtä. Rahoituspuoleen liittyy tehottomien toimintatapojen lisäksi terveydenhuollon kasvavat kustannukset, joiden odotetaan nousevan OECD-maissa sekä absoluuttisesti euroissa mitattuna että suhteellisesti bruttokansantuotteeseen verrattuna (THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus).

Terveydenhuoltoon ja terveyden vakuuttamiseen liittyy myös sosiaalisia muutostrendejä. Elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit ja diabetes, ovat nousseet Suomessa merkittävimiksi kuolleisuuden aiheuttajiksi tartuntakuolemien vähennyttyä (THL: Yleistietoa kansantaudeista). Elintapoihin liittyvien muutosten lisäksi suomalaisen väestön ikärakenne ikääntyy merkittävästi siten, että yli 65-vuotiaiden suhteellisen osuuden väestöstä ennustetaan kasvavan yli kymmenellä prosenttiyksilöllä seuraavan 50 vuoden aikana (Schleutker 2013).

Poliittisten, taloudellisten ja sosiaalisten muutostrendien lisäksi muutosta tapahtuu myös teknologian saralla. Muun muassa mobiiliteknologia, potilaskertomukset, vakuutusyhtiöiden korvauksiin liittyvä data, potilasrekisterit ja laboratoriodien testitulokset muodostavat yhdessä yhä suuremman määrän dataa. Datan kasvavalla määrällä on merkittävä vaikutus vakuutusliiketoimintaan, sillä vakuutuslalla tehtävää työtä leimaa merkittävästi datakeskeisyys. Mittalaitteiden kehittyessä teknisestä näkökulmasta terveydenhuollon mittalaitteet auttavat erityisesti terveydentilan tarkkailemisessa ja muutosten ennakoimisessa (Tresp, Overhage, Bundschus, Rabizadeh, Fasching & Shipeng 2016). Lisäksi erilaisten parametrien avulla voidaan luoda ennustavia malleja, joilla on mahdollista ennustaa tulevaisuuden terveystrendejä. (Sahoo, Mohapatra & Shih-Lin 2016)

Erilaisten muutostekijöiden vaikuttavuuden pohjalta voidaan pohtia, minkälainen rooli vapaaehtoisella sairauskuluvakuuttamisella on tulevaisuudessa osana suomalaista terveydenhuoltoa. Kysymys on ajankohtainen ja tärkeä, sillä yli miljoona suomalaista on

vakuutettu tällä hetkellä vapaaehtoisella sairauskuluvakuutuksella (Finanssiala ry: Sairauskuluvakuutus) ja yksityinen vakuutus rahoitti terveydenhuoltoa vajaalla 407 miljoonalla eurolla vuonna 2016 (THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus).

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Kuten edellä esitetään, terveyden vakuuttamisessa on tapahtumassa merkittäviä muutoksia. Muutoksilla voidaan nähdä olevan käytännössä merkittävä vaikutus esimerkiksi vahinkovakuutusyhtiöiden strategiaan. Vakuutusliiketoiminnan menestyminen ja kannattavuus nojautuvat vahvasti organisaation strategiaan ja sen toteuttamiseen muiden liiketoimintojen tapaan. Strategialla voidaan kuvata sitä, miten yritys aikoo tuottaa lisäarvoa omistajilleen, asiakkailleen ja yhteiskunnalle. Elinvoimaisuutensa säilyttämiseksi strategiaa on ylläpidettävä ja kehitettävä aktiivisesti, ja menestys nojautuu toimintaympäristön jatkuvaan tarkkailuun sekä mahdollisuuksien ja uhkien tunnistamiseen. (Ilvessalo & Voutilainen 2009)

Yrityksen strategian luomiseen liittyy muutamia peruseriaatteita. Ensimmäkin strategiaa luodessa on tunnistettava tavoitteet, jotka tulevat joko määrättyinä organisaation ulkopuolelta tai jotka luodaan yrityksen sisällä. Tavoitteiden tunnistamisen jälkeen organisaation on kyettävä itsearvioimaan omaa nykytilannetta ja muutoskyvykkyyttä. Sisäisen arvion lisäksi strategiaa luodessa tunnistetaan toimintaan vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ja niiden epävarmuutta ja merkittävyyttä. Lopuksi sisäisiä ja ulkoisia osia verrataan yhteen ja luodaan toimintamallit, joilla organisaation on mahdollista saavuttaa ensimmäisessä kohdassa asetetut tavoitteet. (Van der Heijden 1996, 54)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta markkinoilla ja sairauskuluvakuuttamista koskevia muutostrendejä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi vahinkovakuutusyhtiön strategisen suunnittelun. Käytännössä katsoen tutkimus koskee strategian luomiseen liittyvää ulkoisen ympäristön tilannekuvan luomista ja ympäristössä tapahtuvien merkittävien muutostrendien tunnistamista.

Tutkimusongelmat on muodostettu seuraavasti:

1. *Mikä on vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne Suomessa?*
2. *Mitkä ovat vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen merkittävimmät muutostrendit?*

Ensimmäinen tutkimusongelma luo katsauksen vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanteeseen Suomessa. Kysymyksen tarkoituksena on täydentää olemassa olevaa terveyden vakuuttamisen teoriaa sairauskuluvakuutustuotteen merkityksen, markkinoiden nykytilan ja kannattavuuden näkökulmista. Toiseen tutkimusongelmaan vastaamalla tutkielmassa pyritään tunnistamaan sellaisia merkittäviä muutostrendejä, jotka toteutuessaan tulevat vaikuttamaan merkittävästi vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamiseen. Merkittävät muutostrendit pyritään tunnistamaan niiden toteutumisen vaikuttavuuden ja toteutumisen todennäköisyyden perusteella.

1.3 Keskeiset rajaukset

Tutkimus rajataan yksityiseen terveyden vakuuttamiseen. Lakisääteisten henkilöriskien vakuuttaminen jätetään tarkemman tarkastelun ulkopuolelle, sillä lakisääteisten vakuutusten kehittäminen ja hallinnointi poikkeavat selvästi yksityisestä liiketoiminnasta. Esimerkiksi sosiaaliturvaan kuuluvan sairausvakuutuksen hallinnoinnista ja toimeenpanosta vastaa Suomessa Kansaneläkelaitos, jonka korkeimpana elimenä toimivat eduskunnan valitsevat valtuutetut (Kela: Elämässä mukana – muutoksissa tukena). Rakenne eroaa merkittävästi vahinkovakuutusyhtiöiden tai rekisteröityjen vakuutusyhtiöiden keskinäisen tai osakeyhtiömuotoisen yhtiön vahinkovakuutustoiminnasta.

Lisäksi työ keskittyy vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten tutkimiseen. Muiden vapaaehtoisten henkilövakuutusten, kuten esimerkiksi yksityistapaturmavakuutusten, vapaaehtoisten eläkevakuutusten ja henkivakuutusten, tarkastelu on jätetty työn ulkopuolelle. Vaikka sairauskuluvakuutuksia ja muita vapaaehtoisia henkilövakuutuksia koskevat osittain samat henkilöriskien hallinnan peruspiirteet, erilaiset henkilövakuutukset tarjoavat erilaista turvaa yksityishenkilön kohtaamien riskien varalle. Tämän vuoksi muut vapaaehtoiset henkilövakuutukset ovat rajattu työn ulkopuolelle.

Työn laajuus on rajattu koskemaan Suomen markkina-aluetta tutkimuksen tavoitteiden ja valitun tutkimusmetodin vuoksi. Kuten edellä esitetään, tutkimuksen tavoitteena on tutkia vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta ja muutostrendejä, ja sitä kautta toimia myös esimerkiksi vahinkovakuutusliiketoiminnan strategisen suunnittelun tukena. Suomen markkina-alue asettaa yhtiöiden strategian suunnittelulle ja päätöksenteolle omat yksilölliset reunaehdotensa poliittisen ympäristön, talouden, sosiaalisten tekijöiden ja teknologian osalta, kuten jäljempänä tutkielman edetessä tullaan huomaamaan. Tämän vuoksi maantieteellinen raja koskemaan Suomen markkinaa on perusteltua. On kuitenkin huomioitava, että suomalainen finanssimarkkina ei rajaudu maantieteellisten rajojen sisäpuolelle, sillä esimerkiksi Euroopan unionin oikeus on osa Suomen oikeusjärjestystä ja globalisaatio tuo teknologian muutoksia yli rajojen. Suomen markkina-alue on myös perusteltua tutkimuksessa käytettävän skenaarioanalyysimenetelmän vuoksi, joka vaatii toimiakseen ja tulosten hyödyntämiseksi toimintaympäristön tekijöiden mahdollisuuksien ja uhkien laajan kartoittamisen ja analysoinnin. Tutkimusmenetelmä esitellään yksityiskohtaisemmin jäljempänä pääluvussa kolme.

1.4 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot

Työn tavoitteena on luoda vaihtoehtoisia tulevaisuudentiloja, jotka luovat näkemyksiä ja joita muun muassa vahinkovakuutusyhtiön johto voi hyödyntää strategisen suunnittelun ja päätöksenteon apuna. Epävarmuus tulevaisuuden rakenteesta on syy siihen, että strategisessa suunnittelussa turvaudutaan skenaarioanalyysiin (Ilvessalo ym. 2009). Skenaario voidaan nähdä työkaluna, joka auttaa kokonaisvaltaisesti organisaatioita valmistautumaan mahdollisiin tulevaisuuden tapahtumiin. Tapahtumia voidaan myös kuvailla vaihtoehtoisina tulevaisuudentiloina, jotka ottavat huomioon trendien vaikutuksen nykyiseen ympäristöön. Skenaarioiden laatimiseksi ei ole muodostunut tiettyä vallitsevaa toimintatapaa, vaan useilla erilaisilla skenaarioiden laatimismetodeilla on samankaltaisia piirteitä. (Amer, Daim & Jetter 2013)

Tämä tutkimus toteutetaan intuitiivisloogisena skenaarioanalyysinä nykyhetkestä tulevaisuuteen. Menetelmän perusoletuksen mukaan päätökset perustuvat muun muassa taloudellisten, poliittisten, teknologisten ja sosiaalisten tekijöiden monimutkaiseen yhteyteen. Muodostettavat skenaariot ovat kausaalisuhteita nykyhetkestä ja trendien aiheuttamista vaikutuksista. Osa tunnistettavista

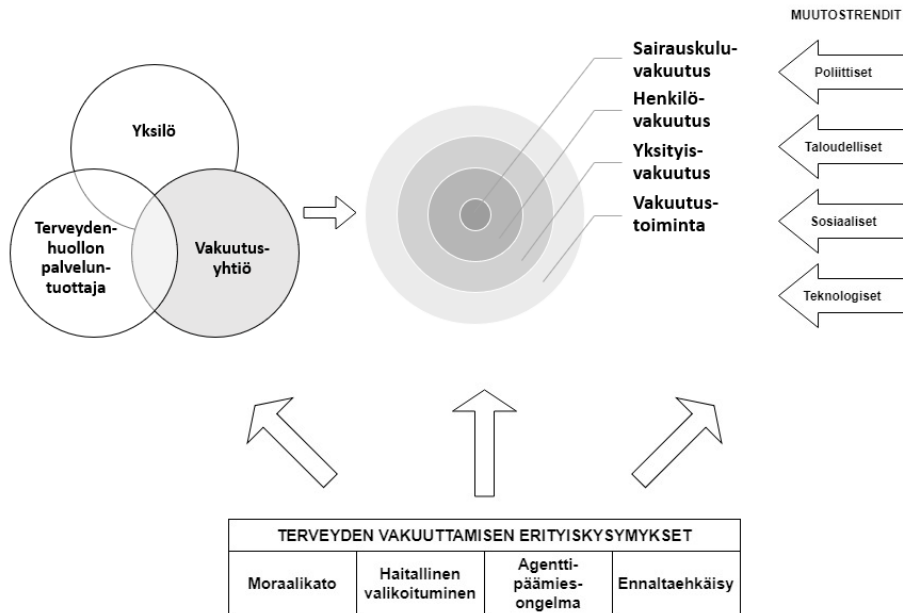
tekijöistä, kuten demografiset tekijät, kyetään arvioimaan kvantitatiivisin menetelmin, mutta osa tekijöistä, kuten asiakkaiden omaksumat arvot ja asenteet, on mahdollista arvioida mielekkäämmin kvalitatiivisesti. Tämän vuoksi skenaarioiden rakentamisessa ei käytetä matemaattista kaavaa, vaan skenaariot ovat lopputulemia intuitiivisloogisesta ajattelusta. (Amer ym. 2013)

Skenaarioprosessin (Schoemaker 1995) mukaisesti tutkielman rajauksen jälkeen aineiston keräämisen avulla tunnistetaan merkittävimmät muutostrendit. Tutkielman aineisto hankitaan asiantuntijahaastatteluin sovelletulla Delfi-menetelmällä, jossa laadullisin asiantuntijahaastatteluin hankitaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja tietoa täydennetään useamman kyselykierroksen avulla. Useamman kyselykierroksen avulla halutaan rikastuttaa ensimmäisen kyselykierroksen tuloksia tarkentamalla löydöksiä. Merkittävimpien muutostrendien löytämisen jälkeen löydöksistä rakennetaan kolme erilaista tulevaisuuden skenaarioita löydettyjen muutostekijöiden vaikuttavuuteen ja tekijöiden toteutumisen epävarmuuteen perustuen. Skenaariomenetelmän perusteet, skenaarioprosessi, aineiston keruu ja tutkimushaastatteluiden kohde ja aineiston kuvaus ja haastatteluiden eteneminen on kuvattu tarkemmin pääluvussa kolme.

1.5 Teoreettinen tausta ja viitekehys

Kuten aihealueen esittelystä ja merkityksestä ilmenee, terveyden vakuuttamisen muutokset ovat ajankohtaisia ja merkittäviä, ja yksityisen terveystakuuttamisen roolia ja tarpeellisuutta on pohdittu muun muassa lehtien palstoilla (IS: Liki puoli miljoonaa aikuista on ottanut sairausvakuutuksen – mutta miksi?; YLE: Vanhemmat laittavat satoja euroja lastensa sairausvakuutuksiin – pian se voi olla turhaa) ja konsulttiyritysten julkaisuissa (EY 2015). Tätä tutkimusta lähinnä olevat tutkimukset liittyvät esimerkiksi joko viranomaistason raportointiin (KKV: Vapaaehtoisista sairauskuluvakuutuksista vaikea valita sopivin vaihtoehto) ja roolista tulevaisuudessa tai pro gradu -tasolla vahinkovakuutusyhtiöiden toimintaan tai muiden yksittäisten vapaaehtoisten henkilökorvauslajien (kuten tapaturmavakuutuksen) tutkimuksiin. Ulkomaalaisista tutkimuksista erityisesti Yhdysvalloissa on tutkittu, kuinka esimerkiksi vakuutusturvan laajeneminen (Medicare) vaikuttaa ihmisten terveyspalveluiden käyttöön (Chandra, Datla & Myers 2014).

Kuviossa 1 on esitelty tutkielman teoreettinen viitekehys. Viitekehysten tarkoitus on kuvata kokonaisuutta, johon tutkittava ilmiö kytkeytyy.



Kuvio 1 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on mallinnettu kuviossa 1. Tutkimus tarkastelee vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta, jonka vuoksi sairauskuluvakuutus löytyy kuvion keskiöstä. Viitekehysten vasemmalla reunalla oleva kuva kuvastaa terveydenhuollon järjestelmän keskeisimpiä toimijatahoja yhteiskunnassa (Culyer ym. 2013). Näitä toimijoita ovat yksilöt, jotka hakeutuvat hoitoon terveydenhuollon palveluntarjoajille joko julkiselle puolelle tai yksityisille lääkäriasemille. Vakuutusyhtiöt ovat keskeisiä toimijoita, sillä yhtiöt usein järjestävät rahoituksen hoidolle ja ovat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Vakuutusyhtiöiden toimialaliikunnan vuoksi perinteinen vakuutustoiminta on siirtymässä myös terveydenhuollon puolelle, sillä osa yhtiöistä järjestää terveydenhuollon asiakkaille oman sairaalansa kautta, omistamalla osan lääkärikeskuksesta tai toimii yhteistyöverkostona yksityisen lääkäriaseman kanssa.

Keskeltä löytyvän kuvan tarkoitus on kuvastaa sairauskuluvakuutuksen suhdetta suurempiin kokonaisuuksiin vakuutusten jaottelun mukaisesti (Rantala & Pentikäinen 2009, 70). Sairauskulu-vakuutus on yksi osa henkilövakuutusratkaisua, henkilövakuutukset kuuluvat

yksityisvakuutuksen kattokäsitteen alle ja yksityisvakuutus muodostaa sosiaalivakuutuksen kanssa vakuuttamisen kehikon Suomessa. Tutkielman teoreettinen tausta muodostuu sairauskuluvakuuttamista koskevasta teoriasta, joka pohjautuu suuressa määrin edellä esitettyyn jaotteluun. On kuitenkin huomioitava, että esimerkiksi sosiaalivakuutuksen alta löytyvä sairausvakuutus (kuvio 4) vaikuttaa merkittävästi siihen, miltä vapaaehtoinen sairauskuluvakuuttaminen suomalaisessa yhteiskunnassa näyttää.

Teoreettisen viitekehyksen oikeassa reunassa olevat nuolet kuvastavat muutostrendejä, jotka vaikuttavat sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuuteen ja joiden avulla pyritään vastaamaan tutkimuksen tavoitteisiin. Nuolet kuvastavat niitä näkökulmia, jotka pyrkivät löytämään vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen: ”Mitkä ovat vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen merkittävimmät muutostrendit?” Kattavan ja laajan kuvan saamiseksi muutostrendejä tutkitaan poliittisten-, taloudellisten-, sosiaalisten- ja teknologisten trendien näkökulmista (Amer ym. 2013, 27).

Tutkielman teoreettisen viitekehyksen pohjalta löytyvät terveyden vakuuttamisen erityiskysymykset liittyvät tavalla tai toisella jokaiseen kolmeen yltä löytyvään kuvioon. Moraalikato, haitallinen valikoituminen, agentti-päämies-ongelma ja sairauksien ennaltaehkäisy vaikuttavat jokaiseen terveydenhuollon keskeiseen toimijatahoon markkinoilla kuten jäljempänä tutkimuksen edetessä huomataan. Erityiskysymyksillä on täten myös suuri vaikutus vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista kohtaan. Nämä neljä erityiskysymystä vaikuttavat viitekehyksen oikeasta reunasta löytyviin muutostrendeihin siten, että erityiskysymysten painoarvo vapaaehtoisessa vakuuttamisessa tulee muutostilanteissa joko korostumaan tai pienentymään. Terveyden vakuuttamisen erityiskysymykset ovat esitelty tarkemmin luvussa 2.2.

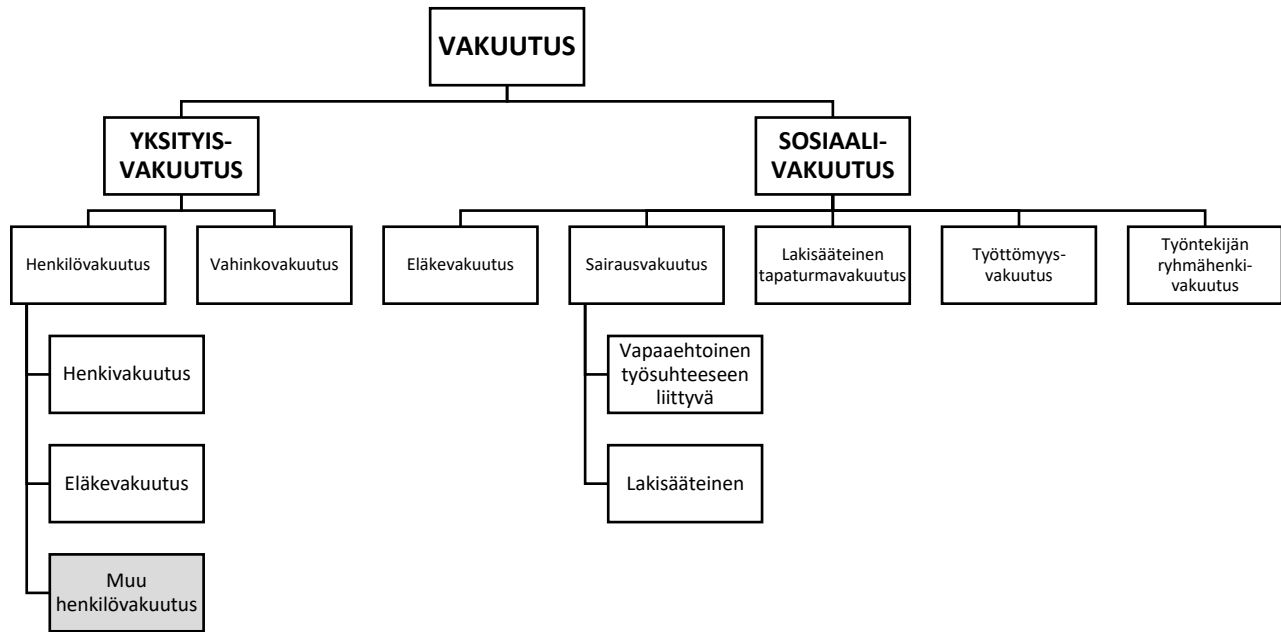
1.6 Keskeiset käsitteet

Skenaarion käsitettä on alun perin käytetty teatterin tai elokuvan toiminnallisesta käsikirjoituksesta, jossa käsikirjoituksen lisäksi annetaan yksityiskohtaiset ohjeet esimerkiksi lavastukselle ja näyttelijöille. Instituutioiden ja organisaatioiden käyttöön skenaarion käsite vakiintui 1950-luvulla Yhdysvaltojen puolustusministeriössä ydinsotaan liittyvän sotatutkimuksen johdosta. Maailman alati lisääntyvän monimutkaisuuden ja tapahtumien epävarmuuden vuoksi

skenaariomenetelmä on saavuttanut suosiota, sillä yritykset joutuvat globalisoituvassa ympäristössä toimimaan uudennlaisissa tilanteissa asiakkaiden, palveluntarjoajien, lainsäätäjien, erilaisten kulttuurien ja sosiaalisten ja taloudellisten muutosten kanssa. Skenaariot auttavat käsittelemään uudennlaisia monimutkaisia aiheita opettavaisella tavalla. (Coates 2016, 99-100)

Skenaariota voidaan kuvata yhtenäiseksi, johdonmukaiseksi ja uskottavaksi kuvaukseksi mahdollisesta tulevaisuudentilasta. Tarkoitus ei ole ennustaa tulevaa, vaan luoda vaihtoehtoinen kuva siitä, mitä tulevaisuudessa voi tapahtua. Usein skenaarioita luodessa luodaan useita vaihtoehtoisia skenaarioita heijastamaan ennusteiden epävarmuutta. (Nowack, Endrikat & Guenther 2011, 1605) Bishop, Hines & Collins (2007, 5) luonnehtivat skenaarioita tulevaisuudentutkimuksen malliesimerkeiksi, sillä niiden avulla kyetään pohtimaan syvällisesti ja luovasti mahdollisia toimintaan vaikuttavia muutoksia tulevaisuudessa. Lisäksi tulevaisuuden ollessa epävarma, erilaisten skenaarioiden avulla ei keskitytä ainoastaan ennakoimaan todennäköisintä vaihtoehtoa, vaan niiden avulla kyetään varautumaan monenlaisiin erilaisiin mahdollisuuksiin. Skenaariot eroavat ennusteista siten, että ennusteet perustuvat usein menneisyydestä johdettuihin malleihin, kun taas skenaarioiden avulla ajattelua johdetaan joustavampaan suuntaan. Erilaisten tulevaisuuksien toteutuminen riippuu laajasta joukosta erilaisia ihmisiä ja monet näkökulmat eroavat omistamme (WBCSD 2000).

Vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus on yksilön tai yrityksen ottama vakuutus sopimus, joka tarjoaa taloudellista turvaa sairastumisen henkilöriskin toteutuessa. Kirjallisuudessa ja arkikielessä vapaaehtoisesta sairauskuluvakuutuksesta käytettäviä ja samaa tarkoittavia termejä ovat sairausvakuutus, sairaanhoitovakuutus ja sairauskuluvakuutus ja yhä useammin myös terveysvakuutus. Terveysvakuuttamisesta käyttöä perustellaan sillä, että vakuutuksella halutaan olla turvaamassa ihmisen terveyttä, eikä ainoastaan makseta sairaudesta aiheutuvia kuluja. Tässä tutkielmassa käytetään termien yhtenäistämiseksi ja tutkimuksen luettavuuden parantamiseksi vain vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen termiä.



Kuvio 2 Vakuutusten jaottelu (Rantala & Pentikäinen 2009, 70)

Vakuutusten jaottelun (kuvio 2) perusteella vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus lasketaan muuksi henkilövakuuttamiseksi henkilövakuutuksen alalajina, joka taas polveutuu yksityisvakuutuksesta. Muu henkilövakuutus sisältää vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen lisäksi myös muut vapaaehtoiset henkilövakuutukset, kuten yksityistapaturmavakuutuksen ja matkavakuutukset. Vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen jaottelu kuvataan yksinkertaisesti tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1).

1.7 Tutkielman rakenne

Tutkielma rakentuu johdantoluvun lisäksi viidestä pääluvusta. Johdantoluvun tarkoituksena on esitellä tutkielman lähtökohdat, joita ovat muun muassa aihealueen valinta ja rajaukset, tutkielman tavoitteet ja teoreettinen viitekehys. Toisessa pääluvussa syvennyttään terveyden vakuuttamisen teoriaan ja niihin erityiskysymyksiin, jotka ovat merkityksellisiä vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen kannalta. Pääluku kaksi on rakennettu siten, että luku 2.1 syventää terveyden vakuuttamisen teoriaa Suomessa pohjustamalla vakuuttamisen taustaa, jakoa lakisääteiseen ja vapaaehtoiseen terveyden vakuuttamiseen, luomalla katsauksen sääntelykehikkoon ja esittelemällä nykyisen vahinkovakuutusyhtiöiden markkinatilanteen.

Luvussa 2.2 esitellään tarkemmin niitä erityiskysymyksiä, jotka vaikuttavat terveyden vakuuttamiseen tällä hetkellä ja tulevaisuudessa.

Pääluvussa kolme käydään läpi tarkemmin tutkielman menetelmä ja aineisto. Luvussa esitellään skenaariomenetelmän perusteita, skenaarioprosessin kulkua ja aineiston keruuta, jonka lisäksi luvussa 3.4 kuvaillaan aineistoa ja esitellään haastatteluiden kulkua. Haastatteluiden empiiriset tulokset muutostrendien osalta esitellään pääluvussa neljä. Kuten tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1) esitetään, muutostrendit jaotellaan poliittisten-, taloudellisten-, sosiaalisten- ja teknologisten muutosten alaotsikoiden alle.

Pääluvussa viisi kuljetaan sairauskuluvakuuttamisen nykytilanteen katsauksesta kolmeen vaihtoehtoiseen tulevaisuuden skenaarioon, jotka perustuvat luvussa neljä esitettyihin muutostrendeihin. Lisäksi luvussa 5.3 arvioidaan rakennettuja skenaarioita niiden luettavuuden ja käyttökelpoisuuden suhteen ja luvussa 5.4 katsotaan, kuinka teoriaosuudessa esitetyt sairauskuluvakuuttamisen erityiskysymykset ilmenevät skenaarioissa. Viimeisessä luvussa esitellään tutkielman johtopäätökset ja yhteenveto. Luvun tarkoituksena on katsoa, miten tutkimuskysymyksiin on onnistuttu vastaamaan, käydä läpi tutkielman onnistumista ja esittää kritiikkiä ja jatkotutkimusongelmia.

2 TERVEYDEN VAKUUTTAMINEN

Tämän luvun tarkoituksena on esitellä terveyden vakuuttamista Suomessa ja vapaaehtoista terveyden vakuuttamista koskevia erityiskysymyksiä. Suomalaisen terveyden vakuuttamisen luku alkaa terveyden vakuuttamisen taustoittamisen alaluvusta, jossa esitellään muun muassa vakuutuksen ja henkilöriskin peruseriaatteita. Seuraavissa alaluvuissa käsitellään terveyden vakuuttamista sekä lakisääteisesti että vapaaehtoisesti. Vakuuttamisen jälkeen luodaan katsaus merkittävimpiin lainsäädännöllisiin tekijöihin, ja esitellään vapaaehtoisen terveyden vakuuttamisen markkinatilanne Suomessa. Erityiskysymysten luvussa tarkastellaan epäsymmetrisen informaation aiheuttamia ongelmia moraalikadon, haitallisen valikoitumisen ja päämies-agentti-ongelman näkökulmista. Lopuksi esitellään sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyviä tekijöitä.

2.1 Terveyden vakuuttaminen Suomessa

2.1.1 Taustaa

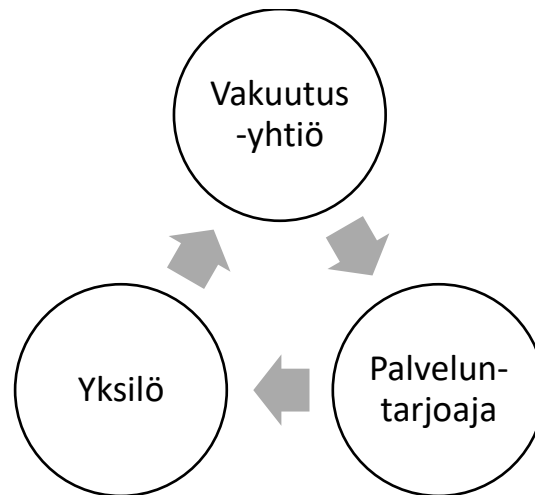
Vakuutuksen idea perustuu siihen, että suurten lukujen lain mukaan riski voidaan tasata suuren ryhmän välillä niin, ettei riskin realisoituminen vaaranna yksilön kantokykyä. Yksilöt (vakuutuksenottajat) voivat sopia vakuutuslaitoksen (vakuutuksenantaja) kanssa vahinkojen tasaamisesta, eli riskin toteutuessa vakuutuksenantaja korvaa aiheutuneet vahingot. Riskin kantamisen vastikkeeksi vakuutuksenottajat maksavat vakuutusmaksua vakuutuksenantajalle. (Rantala ym. 2014, 69-70)

Henkilövakuutuksissa vakuutusturvan kohteena on ihminen. Tarkoituksena on hankkia turvaa henkilöriskien, kuten kuoleman, sairastumisen tai työkyvyttömyyden, varalta. Edellä esitetyn vakuutuksen peruseriaatteen mukaan turva toteutetaan vakuutusyhtiön ja vakuutuksenottajan välisenä juridisena sopimuksena, ja sopimuksen tarkoituksena on kattaa ne vahingot, jotka sattuvat vakuutettujen joukkoon kuuluville henkilöille. Henkilöriskien luonteen vuoksi myös muilla tieteenaloilla, kuten lääketieteellä, on huomattava merkitys riskin arvioinnissa. Sekä matematiikan että lääketieteen kehittyminen on vaikuttanut siihen, miten henkilövakuutustoiminta näyttäytyy nyky-yhteiskunnassa. (Jokela ym. 2013)

Varhaista henkilöriskien hallintaa on tapahtunut jo noin 3000 vuotta ennen ajanlaskun alkua, jolloin muinaisessa Babyloniassa tavaroita kuljetettaessa oli mahdollista hakea eräänlaista matkavakuutusta sen varalle, että vakuutettu joutuisi merirosvojen vangiksi ja hänestä olisi maksettava lunnaita. Kuitenkin roomalaiset olivat aiemmin yhdistyksissään huolehtineet *keskinäisesti* jäseniensä hautajaiskustannuksista. Luontaistalouden aikana tiiviit perhe- ja sukulaisyhteisöt pitivät huolta jäsenistään, ja sukulaissuhteiden höllentyessä keskinäisen avunannon tueksi luotiin ammattikuntia. Myöhemmin kaupallinen liiketoiminta on kantanut vastuuta maksua vastaan. Ensimmäiset henkivakuutusyhtiöt perustettiin 1600-luvun lopussa, ja Suomessa ensimmäinen henkivakuutusyhtiö Kaleva perustettiin vuonna 1874. (Jokela ym. 2013)

Nykyhetkessä vakuutuslaitokset siirtävät rahaa yhteiskunnassa suurelta joukolta niille harvoille, joille vahinko sattuu. Vastuullisen vakuutustoiminnan tehtävänä on myös huolehtia siitä, että kaikilla vahingonkärsineillä on mahdollisuus vakuutuskorvaukseen, ja että tarjottavat vakuutustuotteet muuttuvat yhteiskunnan tarpeiden muuttuessa. Yksilön kannalta yhteiskunnan kehitys on muuttanut riskeihin varautumisen tarpeita, ja monet yhteiskunnan riskit ovat osa yhteiskunnan takaamaa turvaa. Yhteiskunta ei kuitenkaan turvaa kaikkia riskejä, sillä on olemassa yhteiskunnan tuoman turvan ylittäviä riskejä. Tällöin vapaaehtoisille vakuutuksille on myös tarpeensa, sillä esimerkiksi sairauksien ja työkyvyttömyyden osalta on olemassa alueita, joilla yksilön tulee itse huolehtia omasta turvastaan. Vakuutustoiminnan haasteena onkin luoda kuluttajalle mahdollisimman selkeä kuva siitä, mitkä riskit kuuluvat yhteiskunnan turvaverkkoon ja millaisiin riskeihin yksilön tulisi itse varautua. (Rantala ym. 2014, 100)

Terveysvakuutuksilla on keskeinen rooli yhteiskunnan terveydenhuollossa, sillä vakuutusyhtiöt rahoittavat, motivoivat ja ylläpitävät terveydenhuollon järjestelmää. Makrotasolla tarkasteltuna vakuutusyhtiöiden rooli on toimia yksilöiden ja palveluiden tarjoajien välissä tarjotakseen joko rahoituksen hoidolle tai eräissä tapauksissa tarjotakseen hoidon suoraan yksilölle. Kuvio 3 esittää järjestelmän keskeisimpiä toimijatahoja. (Culyer 2000, 566)



Kuvio 3 Terveysthuollon järjestelmän keskeisimmät toimijatahot (Culyer ym. 2013)

Vaikka yksilöt pystyvät arvioimaan omaa terveydentilaansa ja ennakoimaan sairastumisen riskiä, sairastumisesta aiheutuvien menojen suuruus pysyy silti epävarmana. Riskitietoiset henkilöt voivat ajatella lainaavansa rahat sairaanhoitokustannuksia varten riskin toteutuessa ja maksavansa rahat takaisin ollessaan terveitä. Ongelmallista on, että yksilö ei välttämättä elä tarpeeksi pitkään ja tienaa tarpeeksi maksaakseen velkansa, ja rahojen lainaprosessi voi viedä liikaa aikaa. Lisäksi sairauksien hoitokustannusten määrä ei ole vakio, vaan osassa sairauksissa hoitokustannukset ovat toisia kalliimpia. Tämän vuoksi luonnollisempi tapa on jakaa riski muiden yksilöiden kanssa ja maksaa vuosittainen keskimääräinen maksu, jota voidaan myös kutsua vakuutusmaksuksi. (Culyer 2000, 572)

Vakuutusmaksun (π) hinta voidaan laskea, kun yksilön todennäköisyys sairastua (p) on tiedossa ja sairaanhoitokustannukset (m) on mahdollista arvioida. Yksinkertaistettuna reiluin maksun hinta saadaan kaavasta $\pi = pm$, jolla vakuutusyhtiö saavuttaa vakuutustuotteen kriittisen pisteen. Yksilöt arvioivat vakuutuksesta saatavaa hyötyä maksun hintaan, yksilön muuhun kulutukseen jäävään rahaan ja sairaanhoidon jälkeiseen terveydentilaan nähden. Todellisuudessa siis ihmiset haluavat hyötyteorian mukaisesti maksimoida oman kulutuksensa ja vakuutusmaksuun käytettävän rahan nähdään pienentävän mahdollisuutta muuhun kulutukseen. Lisäksi sairaanhoito ei aina palauta yksilön terveyttä entiselle tasolle, vaan mahdollisesti hoito vain hillitsee tai pienentää oireita. (Culyer 2000, 575)

Yksilöt päättävät hoitoon hakeutumisestaan hoitaakseen sairauksiaan tai ennaltaehkäistäkseen niitä. Terveyspalveluiden kysyntää voidaan kuvata kahdella eri tavalla. Yksinkertaistetusti terveyspalveluita voidaan kuvata kuin minä tahansa muuna hyödykkeensä ja yksilöt tekevät päätöksiä hyötyteoriaan perustuen. Tässä tapauksessa palveluita arvostetaan siinä määrin kuin ne lisäävät hyvinvointia tässä hetkessä. Toinen tapa on kuvata palveluiden kysyntää eräänlaisena pääomana, jolloin palveluiden kuluttamisella nähdään olevan pitkäaikaisia vaikutuksia, ja hyvinvointipalvelujen voidaan ajatella olevan investointi tulevaisuuteen. Näistä kahdesta tavasta voidaan johtaa ajatus siitä, että hyvinvointipalveluiden kysyntä koostuu ennaltaehkäisevän hoidon ja kuratiivisen hoidon kysynnästä. (Jack 1999)

2.1.2 Lakisääteinen terveyden vakuuttaminen

Lakisääteisesti järjestetyn universaalin julkisen turvan tavoitteena on auttaa yksilöitä kantamaan terveydenhuollosta aiheutuvia maksuja sairastumisen osuessa kohdalle. Erityisesti universaalin turvan tavoitteena on kattaa niitä kustannuksia, jotka ylittävät yksilön maksukyvyyn ja jotka voivat johtaa pahimmassa tapauksessa kotitalouden köyhyYTEEN. Yksityisten terveysvakuutusten ongelmana voidaan pitää sitä koskevia erityiskysymyksiä, kuten esimerkiksi moraalikatoa ja haitallista valikoitumista, ja sitä, että kaikista köyhimmillä ei ole varaa hankkia vapaaehtoista lisäturvaa sairauksien varalta. Julkinen järjestelmä pyrkii kasvattamaan tasa-arvoa ja turvaamaan kotitalouksien taloutta. Universaalin turvan ongelmana on laadukkaan ja kustannuksiltaan rahoitettavan hoidon varmistaminen tasapuolisesti kaikille, palveluiden monipuolisuus ja laajuus yksilöiden tarpeiden mukaan ja turvantason asettaminen tarpeeksi korkeaksi kustannuksiin nähden. Järjestelmä voidaan organisoida joko verovaroin maksettavaksi yhteiskunnassa tai sosiaalivakuutuksen keinoin, jolloin esimerkiksi työntekijät ja työnantajat maksavat osuuden palkastaan vakuutusmaksuna. (Borghi 2011, 174-177)

Sairausvakuutuksen esiintulo on saanut alkunsa Suomessa 1900-luvun alkupuolella yksikamarisen eduskunnan ensimmäisissä vaaleissa. Lukuisten muiden eurooppalaisten maiden tapaan mallia on otettu Saksan ja Iso-Britannian sairausvakuutusjärjestelmistä, jonka lisäksi erityisesti Ruotsin, Tanskan ja Norjan sairausvakuutusjärjestelmät ovat toimineet esimerkkinä luodessa kotimaista järjestelmää. Merkittävimmät kehityksen käännekohtat vuosisadan aikana ovat liittyneet muun muassa alkuvaiheen toteuttamisyrityksiin, sairausvakuutuksen syntyyn 1959-1963 ja

sairausvakuutuksen päivärahaudistukseen sekä talouslamojen ja rahoitusuudistusten vaikutuksiin että työterveyshuollon liittämiseen osaksi sairausvakuutusjärjestelmää. Poliittis-historiallisesti tarkasteltuna yhteiskunnan, väestön, erilaisten etujärjestöjen, puolueiden ja yksilöiden tarpeet ovat muuttuneet ajan saatossa, kun uudistuksia tehdessä on ajauduttu tilanteeseen, jossa paineen vuoksi uudistus on toteutettava tavalla tai toisella. Tulokset eivät tästä syystä ole olleet valmiita, vaan kokonaisuus on muodostunut kompromissien vuoksi sellaiseksi, jota ei ole kyetty ennakoimaan. Ratkaisuihin vaikuttavia tekijöitä ovat olleet esimerkiksi sosialismin pelko, työrauhan aikaansaaminen ja kansalaismielipiteiden painostukset. (Niemelä 2014, 11-12)

Nykyisin Suomessa sairausvakuutus on osa sosiaaliturvaa, jolla valtio ja kunnat järjestävät taloudellista ja sosiaalista turvallisuutta. Sosiaaliturvan toimeenpanosta vastaavat Suomessa Kansaneläkelaitos, työeläke- ja tapaturmavakuutuslaitokset sekä työttömyyskassat (STM: Sairausajan toimeentulo ja korvaukset). Sairausvakuutuksen perusteella jokainen Suomessa asuva on vakuutettu sairauden, raskauden ja synnytyksen varalta. Lakisääteisen sairausvakuutuksen tarkoituksena on kompensoida sairauksien aiheuttamia kustannuksia ja pyrkiä varmistamaan, että kaikki saavat tarvitsemansa hoidon ja turvan sairauden osuessa kohdalle (Airio 2017, 127).

Kansaneläkelaitos (Kela) korvaa osan yksityislääkärin vastaanoton aiheuttamista hoitokuluista, päivärahaetuuksia, työterveyshuoltoa koskevia korvauksia ja vuosilomakustannuskorvauksia sekä kuntoutuspalveluita. Sairausvakuutuslain mukaisia etuuksia siis ovat osakorvaukset yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista ja määräämistä hoidoista ja tutkimuksista, osakorvaukset sairauden hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä ja matkakustannukset hoitoon omavastuun ylittävältä osuudelta. (Airio 2017, 127; STM 2018b) Vastavuoroisesti Kela ei korvaa esimerkiksi julkisen terveydenhuollon poliklinikkamaksuja, sairaaloiden hoitopäivämaksuja ja ennaltaehkäisevästä hoidosta aiheutuvia kustannuksia (Airio 2017, 127; STM: Sairausajan toimeentulo ja korvaukset)

2.1.3 Vapaaehtoinen sairauskuluvakuuttaminen

Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen tarkoituksena on täydentää lakisääteistä sairausvakuutusta ja vakuuttamista perustellaan usein laajemman hoidon ja nopeamman hoitoon pääsyn perusteella (Borghi 2011, 179). Suomalaista vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta luonnehditaan all risk - tyyppiseksi vakuutukseksi, eli vakuutus korvaa tavallisesti kaikenlaisten sairauksien aiheuttamia

sairaanhoitokustannuksia, kun taas kansainvälisesti vertailtuna eri vakuutustuotteet rajoittuvat usein vain tiettyjen sairauksien hoitoon. (Jokela ym. 2013)

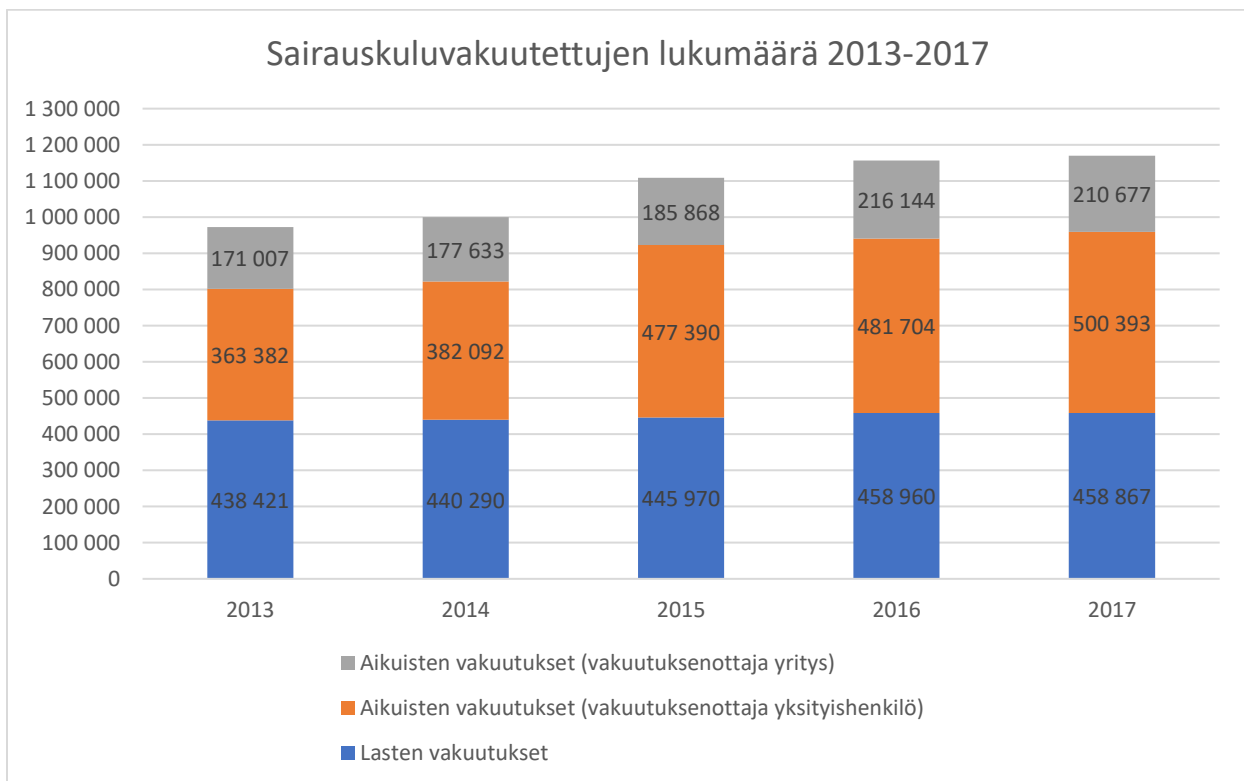
Vakuutusehdoissa on lueteltu ne sairaanhoitokulut, joita vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen hoitokuluturva korvaa ja myös ne, joita vakuutuksesta ei korvata. Yleisesti hoitokuluvakuutuksista on mahdollista saada korvaus esimerkiksi lääkärin määräämistä yleisen lääketieteellisen tietämyksen mukaisista välttämättömistä ja tarpeellisista tutkimus- ja hoitokuluista, sairaalan hoitopäivämaksuista päivittäiseen enimmäismäärään saakka ja viranomaisen luvan perusteella apteekista myytävistä lääkevalmisteista. Korvausta yleensä ei ole mahdollista saada esimerkiksi rokotuksista, ennaltaehkäisevästä hoidosta tai terveystarkastuksista. (Ylönen 2014)

Myös vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten vakuutusehdot muuttuvat ajan tarpeiden mukaan. Esimerkiksi aiemmin yksityiset sairaanhoitopalvelut sijaitsivat maantieteellisesti etäällä vakuutetun asuinpaikkaan nähden ja vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset korvasivat pääsääntöisesti matkakulut lääkärille tai hoitolaitokseen. Matkakulujen korvaaminen rasitti kuitenkin tuotteen kannattavuutta, jonka vuoksi useat vahinkovakuutusyhtiöt eivät enää korvaa matkakuluja sairauden hoitokustannuksina. Matkakustannusten karsimisen lisäksi hammassairauksien hoito on rajattu korvausten ulkopuolelle, sillä hammaslääkärikulut ovat usein korkeat ja hammassairauksissa rajanveto sairauden ja kosmeettisen hoidon välille on hankalaa. (Jokela ym. 2013)

Vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia myöntävät vahinko- ja henkivakuutusyhtiöt. Vakuutuksen myöntämiseen vaikuttaa vakuutettavan henkilön terveydentila ja mahdolliset aiemmat sairaudet. Sairaudella tarkoitetaan sellaista terveydentilan muutosta, joka vaatii lääkärinhoitoa ja joka on lääketieteellisen tietämyksen perusteella saanut alkunsa vakuutuksen voimassaoloaikana. Mikäli vakuutettava henkilö on sairastanut tai sairastaa jotain sairautta, vakuutus voidaan joko myöntää yksilöllisellä rajoitusehdolla tai korotetulla vakuutusmaksulla tai haettua vakuutusturvaa ei myönnetä. Vaikka vakuutusyhtiöllä ei ole velvollisuutta myöntää vapaaehtoista vakuutusta, vakuutushakemusta ei saa evätä hyvän vakuutustavan vastaisella perusteella. (Ylönen 2014) Hyvällä vakuutustavalla tarkoitetaan alalla vakiintuneita tapoja ja käytänteitä, jotka ohjaavat toimintaa ammattimaisesti ja huolellisesti. Vaatimus koskee vakuutuksenantajaa siten, että

toiminnan tulee olla muodollisen oikeudenmukaisuuden lisäksi eettisesti kestävä ja kohtuullista. (Raulos 2017, 3)

Vapaaehtoisia sairausvakuutuksia hankitaan joko yksilön tai työnantajan toimesta tai ratkaisu voi olla näiden kahden yhdistelmä. Noin viidesosalla suomalaisista aikuisista on vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus ja heistä kolme neljästä on hankkinut tämän turvan itse. Lapsissa vakuutettujen määrä on korkeampi, sillä reilu puolella alaikäisistä lapsista on sairauskuluvakuutus. Keskimääräisesti aikuiset käyttävät vuosittain 272 euroa omiin vakuutuksiinsa ja 336 euroa lastensa vakuutuksiin. Vakuuttamattomista ihmisistä joka kymmenes ajatteli hankkivansa sairauskuluvakuutuksen itselleen tai lapselleen vuoden sisällä. Vastavuoroisesti vajaa 7 prosenttia vakuutetuista suunnitteli päättävänsä kyseisen vakuutuksen korkeiden vakuutusmaksujen tai turvan tarpeettomuuden vuoksi. (Valtonen, Kempers & Karttunen 2014) Finanssiala ry:n aikuisten sairausvakuutettujen lukumäärätilastosta 2013-2017 (kuvio 4) on nähtävissä, että sekä yksilöiden omien vakuutusten että yritysten työntekijöilleen ottamien vakuutusten lukumäärä on kasvanut miltei jokaisella tarkastelujakson vuonna.



Kuvio 4 Sairauskuluvakuutettujen lukumäärä 2013-2017 (Finanssiala ry: Sairauskuluvakuutus)

Työterveyshuoltolain (1383/2001) 4 §:n perusteella työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja –haittojen ehkäisemiseksi ja turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Lakisääteisen pakollisen työterveyshuollon lisäksi työnantajat voivat vapaaehtoisella vakuutuksella täydentää henkilöstönsä työterveyshuoltoa. Vakuutus tarjoaa henkilöstölle vähimmäistasoa laajemman turvan, joka kattaa joko kaikenlaisten sairauksien ja tapaturmien hoitokuluja tai tietyistä tilanteista aiheutuvia hoitokustannuksia. (Verohallinto: Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus)

Työnantajan henkilöstölle ottama vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus voidaan laskea tietyn edellytyksin verovapaaksi eduksi. Vakuutus eroaa muista palkansaajan saamista eduista siten, että vakuutusturvan olemassaolo on verotuksen kannalta merkitsevää. Muiden etujen verotus liittyy siihen, miten palkansaaja on etua käyttänyt, mutta vakuutuksen tapauksessa maksettujen korvausten määrällä tai vakuutuksen käyttämättömyydellä ei ole merkitystä. Verovapauden edellytyksenä on, että työnantaja maksaa vakuutusmaksun suoraan vakuutuksenantajalle, vakuutus otetaan kaikille työsuhteisille henkilökunnan jäsenille ja vakuutuksella ei korvata palkanmaksua. Lisäksi vakuutuksen on korvattava työterveyshuollon tasoista hoitoa, enimmäiskorvauksen on oltava 10 000 euroa ja vakuutusmaksun määrän on pysyttävä kohtuullisena. Näiden edellytysten täyttyessä työnantajan ottaman vapaaehtoisin vakuutuksen perusteella maksettua korvausta ei lueta palkaksi, vaan se luetaan vakuutusyhtiöltä saaduksi verovapaaksi tuloksi. (Verohallinto: Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus)

2.1.4 Sääntely

Sääntely vaikuttaa mahdollistavasti ja rajoittavasti vakuutusyhtiön toimintaan ja siten myös sairauskuluvakuutusten tarjoamiseen markkinoilla. Kansallisella tasolla vakuutustoiminnan ja vakuutus- ja eläkelaitoksia koskevan lainsäädännön valmistelu kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, jossa osasto jakautuu suunnitteluyksikköön, koordinointiyksikköön, työttömyys- ja sairausvakuutusyksikköön, eläkevakuutusyksikköön ja vakuutusmarkkinayksikköön. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi oikeusministeriö valmistelee vakuutussopimuslain (543/1994) ja valtionvarainministeriö Finanssivalvontaa koskevan lainsäädännön (Rantala ym. 2014, 120-121).

Koska vakuutus sopimukset ovat abstrakteja sitoumuksia, eivätkä tavallisia kaupallisia sopimuksia, vakuutustoimintaa ei ole jätetty ainoastaan yleisten lakien ja kuluttajansuojalainsäädännön varaan, vaan vakuutustoiminta on erityissääntelyn kohteena. Vakuutus sopimus laissa (543/1995) määrätään sopijapuolten oikeuksien ja velvollisuuksien tasapainottamisesta ja parannetaan vakuutuksenottajan ja -antajan kuluttajansuojaa, ja vakuutus sopimus lakia käytetään vahinkovakuuttamisessa ja henkilövakuuttamisessa. Lain tarkoituksena on olla ensisijaisesti vapaaehtoisen vakuuttamisen yleislaki ja toissijaisesti sitä voidaan soveltaa lakisääteiseen puoleen, esimerkiksi liikennevakuutukseen ja potilasvakuutukseen. (Lehtipuro 2010)

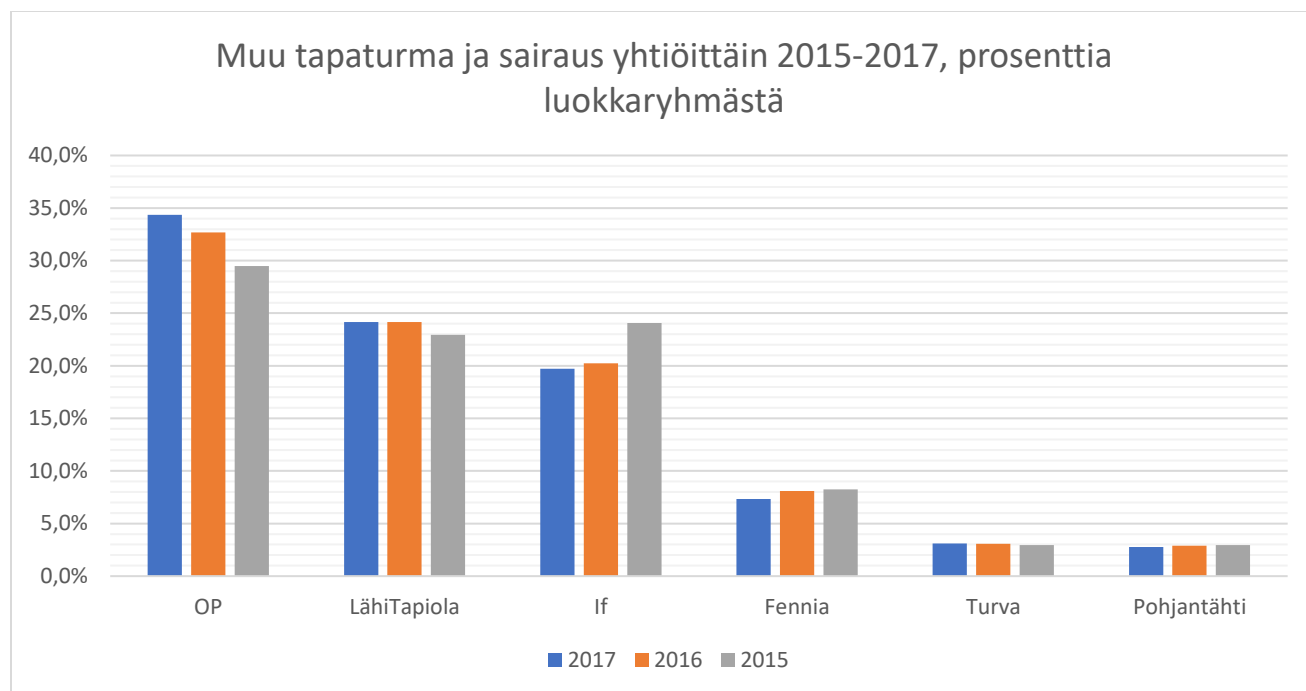
Vakuutus sopimus laki sisältää sopimus oikeudelliset säännökset muun muassa tiedonantovelvollisuudesta ja sopimuksen voimassaolosta. Vakuutuksia myönnettäessä yhtiön on päätettävä, mitä tietoja se tarvitsee riskin arvioimiseksi. Vakuutuksenottajan on vastattava kysymyksiin rehellisesti ja ilmoitettava viipymättä muutoksista vakuutuksenantajalle. Lisäksi itse vakuutetulle on asetettu tiedonantovelvollisuus, vaikka hän ei olisikaan sopimuksen osapuoli (vakuutuksenottaja). Vaikka vapaaehtoisissa vakuutuksissa vallitsee sopimusvapaus, vakuutuksenantaja ei saa hylätä hakemusta hyvän vakuutustavan tai itse laatimiensa myöntösääntöjen vastaisesti. Sopimukset ovat voimassa voimassaoloajan, jota kutsutaan vakuutuskaudeksi. Henkilövakuutuksissa jatkuvien vakuutusten voimassaolo on yleensä pidempi kuin vahinkovakuutuksissa, sillä iän myötä vakuutuksenottajan vakuutuskelpoisuus heikkenee ja suojan tarve lisääntyy. Tämän vuoksi vakuutuksenantajan irtisanomisoikeus on tarkkaan rajattu, ja irtisanominen on kielletty esimerkiksi terveydentilan heikentymisen vuoksi. (Lehtipuro 2010)

Sairauskuluvakuuttamisessa ihmisten terveystietoja koskeva sääntely rajoittaa vakuutusyhtiöiden toimintaa, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjat ja niiden tiedot ovat salassa pidettäviä. Potilastiedot ovat oikeudellisesti osa yksityiselämän suojaa, jota turvaa Euroopan unionin direktiivien ja Suomen perustuslain (731/1999) lisäksi esimerkiksi tietosuojalaki (1050/2018). Tämä tarkoittaa, että asiakirjoja ja niissä olevia tietoja ei voida luovuttaa, ellei asianosainen (vakuutettu) ole antanut siihen suostumusta (STM: Asiakas- ja potilastietojen salassapito). Näin ollen vakuutusyhtiöille ei ole oikeutta saada tietoja potilaan terveydentilasta ilman potilaan suostumusta tai erityislainsäädäntöä.

Potilastietojen käsittelyn lisäksi vakuutusyhtiöiden muuta tietosuojaa ja henkilötietoja koskevaa toimintaa tarkennettiin, kun EU:n tietosuojasääntöjä uudistettiin toukokuun lopussa 2018. Yleisen tietosuoja-asetuksen perusteella (GDPR: General Data Protection Regulation) kaikkien EU:ssa toimivien yritysten tietosuojaa koskevia sääntöjä tiukennettiin, jotta kansalaiset voisivat hallita tietojaan paremmin ja yritykset hyötyvät tasavertaisista toimintaedellytyksistä. Direktiivin tarkoituksena oli selkeyttää olemassa olevaa vuonna 1995 tullutta direktiiviä vaatimusten ja toimintatapojen osalta. Yksi merkittävimmistä muutoksista oli henkilön mahdollisuus saada hänestä kerätyt tiedot itselleen ja oikeus tulla unohdetuksi. (EU 2018)

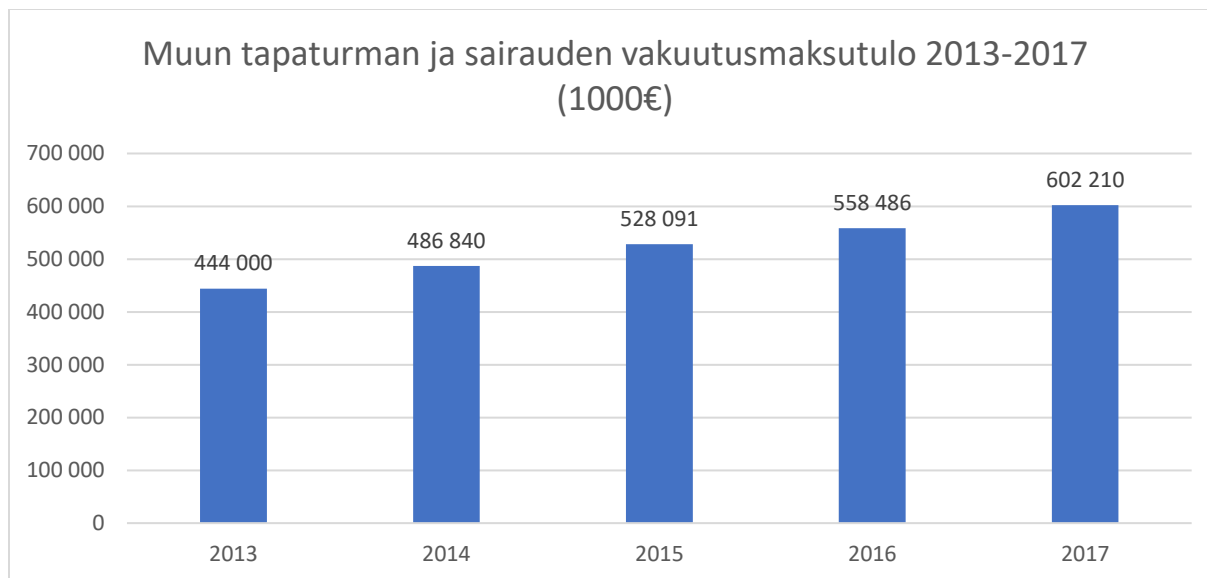
2.1.5 Vapaaehtoisen terveyden vakuuttamisen markkinat Suomessa

Vahinkovakuutusyhtiöt ovat pääasiallisia vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten myöntäjiä Suomessa. Finanssiala ry:n vuosittain julkaiseman Vakuutusvuosi-julkaisun perusteella vahinkovakuutusyhtiöiden markkinaosuuksista miltei neljä viidesosaa on kolmen suurimman toimijan hallussa. Kuvio 5 kuvaa Suomessa toimivien vahinkovakuutusyhtiöiden prosentuaalisia markkinaosuuksia vapaaehtoisen terveystakuutusten (muu tapaturma ja sairaus) vakuutusmaksutulon perusteella. Kuviossa ei siis oteta huomioon esimerkiksi lakisääteisen tapaturmavakuuttamisen tai muiden vakuutusten, kuten ajoneuvovakuutusten tai kotivakuutusten, vakuutusmaksutulon osuutta. Lisäksi kuvion tarkoitus on kuvata sellaisten vahinkovakuutusyhtiöiden prosentuaalisia osuuksia, jotka tarjoavat asiakkailleen vapaaehtoisia tapaturma- ja sairauskuluvakuutuksia.



Kuvio 5 Muu tapaturma ja sairaus yhtiöittäin 2015-2017, prosenttia luokkaryhmästä (Finanssiala 2018; 2017; 2016)

Historiallisesti tarkasteltuna OP Ryhmän markkinaosuus on hieman noussut (1,7 prosenttiyksikön nousu edellisvuodesta), LähiTapiola-ryhmän pysynyt miltei samana ja If-konsernin osuus laskenut (-0,5 prosenttiyksikköä edellisvuodesta). Lisäksi kuvion ulkopuolelta on huomioitava, että matkavakuutuksiin erikoistunut Vakuutusosakeyhtiö Eurooppalainen muodostaa noin seitsemän prosentin osuuden muun tapaturman ja sairauden luokkaryhmän markkinaosuudesta, joten sen painoarvo matkavakuuttamista koskevissa kysymyksissä on merkittävä (Finanssiala 2018).



Kuvio 6 Muun tapaturman ja sairauden vakuutusmaksutulo 2013-2017 (1000€) (Finanssiala 2018; 2017; 2016; 2015; 2014)

Kuvio 6 esittää muun tapaturman ja sairauden vakuutusmaksutulon kehitystä vuosina 2013-2017. Vuonna 2017 vakuutusmaksutulo oli reilu 602 miljoonaa euroa ja kasvua edellisvuoteen verrattuna oli miltei kahdeksan prosenttia. Tarkastelujakson aikana vapaaehtoisen tapaturma- ja sairauskuluvakuutuksen maksutulo on ollut vakaassa kasvussa johtuen erityisesti vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten lukumäärän kasvusta (kuvio 4).

2.2 Vapaaehtoisen terveyden vakuuttamisen erityiskysymyksiä

2.2.1 Sairauskuluvakuutusten moraalikato

Moraalikadolla tarkoitetaan tilannetta, jolloin yksilöt lisäävät riskipitoista käyttäytymistään siksi, että riskin toteutumisesta koituvat kustannukset koituvat pääasiassa toiselle osapuolelle. Teorian mukaan esimerkiksi vakuutetut yksilöt pitävät itsestään huonompaa huolta kuin normaalisti. Moraalikato syntyy epäsymmetrisen informaation seurauksena ja johtaa markkinahäiriöön. (Pauly 1968)

Moraalikadon käsite voidaan jaotella tilanteeseen ennen sairautta ja sairauden jälkeen. Riskin toteutumista edeltävä moraalikato (eng. Ex ante moral hazard) viittaa tilanteeseen ennen yksilön sairastumista, jolloin yksilöt voivat vaikuttaa sairastumisensa todennäköisyyteen. Mikäli yksilöllä on sairauden hoitokulujen varalta hankittu turva, yksilö voi laiminlyödä sairauden

ennaltaehkäisyyn, sillä vakuutukset eivät tyypillisesti korvaa ennaltaehkäiseviä hoitoja ja terveystarkastuksia. Riskin toteutumisen jälkeinen moraalikato (eng. Ex post moral hazard) vastavuoroisesti tilanteeseen, jolloin sairaus on jo ilmennyt. Tällöin vakuutus laskee hoidon hintaa yksilölle ja voi johtaa normaalia suurempaan palveluiden kuluttamiseen. (Culyer ym. 2000, 413)

Vakuutuksen tarkoitus on vähentää taloudellista epävarmuutta tai riskiä. Yksilöt ostavat vakuutusturvan ennen kuin he tietävät, että tulevatko he olemaan tulevaisuudessa sairaita vai terveitä. Yksilöt kuitenkin pystyvät arvioimaan omaa terveydentilaansa ja ostamaan sellaisen turvan, joka tarjoaa maksimaalisen odotetun hyödyn peilaten erilaisiin terveydentiloihin. Varsinainen terveyspalveluiden kysyntä selviää vasta mahdollisen sairauden sattuessa kohdalle, ja yksilöt pyrkivät tällöin maksimoimaan oman henkilökohtaisen hyötynsä. Kun hoidosta koituvat kustannukset jaetaan yhdessä vakuutusyhtiön kanssa, yksilön palveluiden kysyntä kasvaa marginaalikustannuksen ollessa normaalia pienempi, joka voi johtaa moraalikadon kaltaiseen tilanteeseen. (Manning & Marquis 1996)

Edellä kuvattua terveyspalveluiden käytön määrää ei voida kuitenkaan tosielämässä kuvata yksinkertaisen kysyntäfunktion perusteella, sillä yksilöt tekevät virheitä hoitonsa suhteen tai eivät usko hoitonsa tehokkuuteen. Kirjallisuudessa tätä ilmiötä kuvataan käsitteellä käyttäytymisen moraalikato (eng. Behavioral hazard). Käsite tarkoittaa sitä, että potilaat saattavat käyttää palveluita liian vähän eivätkä saavuta täten optimaalista lopputulosta. Esimerkiksi diabeteslääkityksellä terveiden elinvuosien määrää on mahdollista kasvattaa, mutta vain noin 70 % diabetesta sairastavista henkilöistä käyttää lääkitystä säännöllisesti, sillä lääkkeet unohdetaan ottaa tai resepti uusii. Toisaalta taas potilaat saattavat pyytää antibioottilääkityksen, vaikka tapauskohtaisesti riskit voivat olla korkeampia mahdollisiin hyötyihin nähden. (Baicker, Mullainathan & Schwartzstein 2015)

Moraalikadon ja hoidon välinen suhde on yksi terveysvakuuttamisen merkittävimmistä tekijöistä, sillä tehokas riskin jakaminen parantaa hyvinvointia, mutta toisaalta palveluiden liiallinen käyttö laskee kokonaishyvinvointia (Seog 2012). Moraalikadon haitallisia vaikutuksia palveluiden liiallisen kysynnän suhteen on mahdollista pienentää osallistuttamalla yksilöitä maksamaan osa hoidostaan itse. Omavastuullisissa vakuutuksissa yksilö maksaa tietyn rahamääräisen omavastuun, jonka jälkeen loppuosa kustannuksista jää vakuutusyhtiön maksettavaksi.

Rinnakkaisvakuutuksissa kustannukset siirtyvät prosenttiosuuksien perusteella yksilölle ja vakuutusyhtiölle maksettaviksi, jolloin yksilö joutuu maksamaan osan hoidostaan itse, mutta hoidon kustannus jää alle markkinahinnan. (Pauly 1968)

2.2.2 Haitallinen valikoituminen

Haitallisella valikoitumisella (eng. Adverse Selection) tarkoitetaan taipumusta vakuuttaa ei-toivottuja kuluttajia. Mikäli esimerkiksi sairauskuluvakuutus on mahdollisuus hankkia ilman terveys selvitystä, todennäköisesti suuremmassa sairastumisriskissä olevat kuluttajat hankkivat kyseisen vakuutuksen, sillä he eivät välttämättä saisi vakuutusta korkean sairastumisriskin tai jo ilmenneiden sairauksien vuoksi. Haitallinen valikoituminen on seurausta epäsymmetrisestä informaatiosta, sillä yksilöt tunnistavat ja tietävät oman terveydentilansa, mutta tämä ei näy vakuutusenantajille. Haitallinen valikoituminen johtaa moraalikadon tavoin markkinahäiriöön, kun vakuutusyhtiöt eivät kykene tunnistamaan riskisimpiä yksilöitä ja hinnoittelemaan vakuutuspremioitaan oikein. (Black ym. 2017a)

Haitallisen valikoitumisen seurauksena paremmassa terveydentilassa olevat henkilöt eivät hae vakuutusta, vaihtavat vakuutuksensa tai päättävät vakuutuksen, sillä he joutuisivat maksamaan sairaampien henkilöiden hoidosta. Tämän seurauksena jäljelle jää entistä riskisempi pooli, josta taas vähiten riskiset henkilöt tekevät muutoksia, minkä seurauksena syntyy lopuksi eräänlainen kierre. Ongelma koskee erityisesti vapaaehtoisia vakuutuksia, joiden hinta on haitallisen valikoitumisen vuoksi ollut kalliimpi lakisääteisiin vakuutuksiin verrattuna. Lakisääteisissä vakuutuksissa haitallista valikoitumista ei tapahdu samalla tavalla vakuutuksen pakollisuuden vuoksi. Kaikista vakuutuksista yhdessä muodostuva vakuutuskanta on laajempi, jonka vuoksi kustannukset jakautuvat tasaisemmin yksilöiden kesken. (Hodgson 2014)

Moraalikadolla voidaan nähdä olevan yhteys haitalliseen valikoitumiseen. Zweifel & Eisinger (2012, 311-313) mukaan alkujaan korkeariskisempi vakuutettu voi teoriassa laskea sairastumisensa todennäköisyyttä pienemmälle tasolle verrattuna matalariskisempään vakuutettuun. Tämä siirtyminen pienemmän riskin luokkaan on mahdollista ennaltaehkäisemällä vahinkojen sattumista. Lisäksi jo vakuutus sopimuksen tekovaiheessa edellä esitelty riskin toteutumista edeltävä moraalikato vaikuttaa haitalliseen valikoitumiseen, kun moraalikatoon puuttumalla voidaan teoriassa vähentää haitallisen valikoitumisen tapahtumista vakuutusyhtiön

vakuutuskannan rakentumisessa. On kuitenkin huomioitava, että moraalikato ja haitallinen valikoituminen eivät ajallisesti sijoitu samaan hetkeen, ja haitalliseen valikoitumiseen puuttumalla ei välttämättä kyetä vaikuttamaan moraalikadosta aiheutuviin ongelmiin.

2.2.3 Agentti-päämies-ongelma

Agentti-päämies-ongelmalla tarkoitetaan tilannetta, jossa taho A motivoi tahoja B toimimaan A:n hyötyjen mukaisesti (Black ym. 2017b). Terveyden vakuuttamisesta puhuessa näitä tahoja ovat erityisesti potilaat, lääkärit ja vakuutusyhtiöt. Erilaisilla tahoilla on terveyden hoitamisessa erilaisia tahtotiloja, esimerkiksi potilaat uskovat lääkärin määräävän kaikki sellaiset hoitotoimenpiteet, joilla terveyttä on mahdollista hoitaa. Toisaalta taas vakuutusyhtiöt toivovat lääkärin määräävän vain välttämättömän hoidon ja uskovat näin lääkärin huolehtivan heidän eduistaan. Ennen sairastumista potilaan ja vakuutusyhtiön intressit ovat miltei samansuuntaiset, mutta sairastumisen jälkeen potilaan ja yhtiön intressit usein kulkevat eri suuntiin. (Culyer 2000, 588-589)

Potilaat vaikuttavat itse hoitoonsa tietäen oman terveydentilansa. Kuitenkin käytännössä useimmissa tapauksissa lääkärit päättävät hoitomenetelmistä ja potilaat saavat hinnat tietoonsa vasta nähtyään hoidosta aiheutuneet kokonaiskustannukset. Potilaat ja lääkärit haluavat toteuttaa kaiken terveyttä lisäävän hoidon välittämättä aiheutuvista kustannuksista, sillä potilaalle koituvat kustannukset ovat murto-osa markkinahinnan kustannuksista. Lääketieteen eettisen ohjeiston mukaan potilaalle pitäisi määrätä vain tarpeellinen hoito, jonka seurauksena vakuutusyhtiön tahto vain välttämättömästä hoidosta pitäisi toteutua. Vaarana kuitenkin on, että hoitolaitokset haluavat määrätä lisähoitoja potilaille lisätulojen toivossa. Nykyisellään lääkärit vastaavat toiminnastaan potilaiden lisäksi vakuutusyhtiöille, ja vakuutusyhtiön tahtotilana on muodostaa yhteistyökumppanuuksia niiden hoitolaitosten kanssa, jotka tarjoavat samalla rahamäärällä eniten hoitoa. (Culyer 2000, 588-589)

Vakuutusyhtiöt voivat palkitsemismalleillaan kannustaa hoitolaitoskumppaneitaan tietynlaiseen toimintaan. Useimmiten hoidosta aiheutuvia kustannuksia katetaan maksu palvelusta -periaatteella (eng. fee-for-service), kapitaatiosopimuksilla (eng. capitation) eli kiinteästä summasta potilaiden lukumäärän mukaan tai casetapauskohtaisesti. Maksu palvelusta -periaatteella ne hoitolaitokset, joilla on paljon asiakkaita, saavat myös aikaan paljon liikevaihtoa. Kapitaatiosopimuksissa ja

casetapauskohtaisesti hoitolaitoksilla ei ole erityistä kannustinta tarjota ylimääräisiä hoitoja asiakaskohtaisesti tai houkutella ylimääräisiä asiakkaita, sillä potilaskohtaiset tuotot laskevat. Mikään edellä mainittu palkitsemismalli ei poista epäsymmetrisestä informaatiosta aiheutuvia ongelmia, kun lääkärikeskukset tietävät potilaidensa terveydentilasta vakuutusyhtiöitä enemmän. (Lee 2009, 188-189)

Leen (2009, 189) mukaan on kuitenkin tärkeää huomioda, että edellä esitettyä toimintaa ei sovi ajatella ainoastaan suoraan rahallisesta näkökulmasta. Palveluntuottajat voivat valitusta palkitsemismallista huolimatta määrätä potilaille enemmän hoitoja kuin talousteorioiden mukaan olisi tehokasta, jos lisähoidoilla saadaan parannettua potilaan terveydentilaa. Lisäksi terveet potilaat ovat hyvää mainosta hoitolaitokselle, mikä puolestaan johtaa epäsuoriin taloushyötyihin.

2.2.4 Sairauksien ennaltaehkäisy

Rantala ym. (2014, 65-67) kuvaavat riskiä vahingonvaaraksi, jonka toteutumista koskee sattumanvaraisuus ja joka on mitattavissa oleva. Diebold, Doherty & Herring (2010) jaottelevat riskit kolmeen luokkaan, joita ovat ensinnäkin tunnetut riskit, joiden seuraus ja todennäköisyys ovat tiedossa, toiseksi riskit, jotka voidaan tunnistaa, mutta joiden todennäköisyyttä ei kyetä arvioimaan ja kolmanneksi tuntemattomat riskit, joita ei kyetä tunnistamaan tai arvioimaan ennen niiden tapahtumista. Sairastumisen riski voidaan lukea ensimmäiseen luokkaan, sillä suurten lukujen lain mukaan todennäköisyys sairastua johonkin tautiin voidaan arvioida ja hoidosta koituvat kustannukset on mahdollista laskea. Ennaltaehkäisevä hoito ei ole perinteisen ajattelun mukainen vakuutettava riski, sillä ennaltaehkäisevän hoidon kustannuksen toteutumisen todennäköisyys voidaan katsoa varmaksi ja ennaltaehkäisevän hoidon vaikuttavuuden ja hyödyn/panoksen rahamääräinen mittaaminen ei ole lääketieteellisesti katsottuna yksiselitteistä. Teoriatasolla onnistuneella ennaltaehkäisyllä kuitenkin voidaan vaikuttaa sairastumisen todennäköisyyteen ja sitä kautta sairauskuluvakuutuksen riskisuhteeseen.

Sairauksien ennaltaehkäisy ja yksilöiden riskinen terveyskäyttäytyminen vaikuttavat sairastuvuuteen, terveyden eriarvoistumiseen yhteiskunnassa ja kuolleisuuteen. Hyödykkeiden kysyntäteorian perusteella ennaltaehkäisyn laajentuminen vakuutusturvaan pitäisi lisätä ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden kysyntää ja täten pienentää sairastuvuuden riskiä, tasata väestön terveyseroja ja pienentää kuolleisuutta. Käytännössä kuitenkin on huomattu, että

palveluiden laajentuminen ei välttämättä johda toivotunlaiseen käyttäytymiseen, vaikka yksilöille ei koituisi ylimääräisiä kustannuksia. Esimerkiksi Yhdysvalloissa RAND Health Insurance Experimentin tulosten perusteella ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden käyttö pysyi maltillisena vakuutusturvan laajentumisesta huolimatta. Kolmen vuoden seurantajakson aikana erityisesti suurin osa miehistä ei käyttänyt ilmaisia ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita. Osasyynä käyttäytymiselle saattaa olla se, että osa ennaltaehkäisevistä terveyspalveluista, kuten mammografia ja kolonoskopia, koetaan toimenpiteinä epämieluisina ja odotusajat ennaltaehkäisevään hoitoon ovat pitkiä. Lisäksi esimerkiksi syöpä- ja HIV-tutkimuksiin voi liittyä ahdistusta ja pelkoa tuloksista. (Simon, Soni & Cawley 2017, 390-391)

Sairauskuluvakuutus suhtautuu kroonisiin kansantauteihin erityisellä tavalla, sillä vakuutus ei korvaa täysin sairastumisesta aiheutuvia kustannuksia, vaan vakuutus tarjoaa väliaikaisen turvan vakuutuksen sopimuksen pituuden mukaan. Kotivakuutuksissa ja ajoneuvovakuutuksissa tyypillisesti riskin realisoituessa vakuutuksenantaja maksaa vakuutuksenottajalle korvaussumman, jolla katetaan aiheutunut taloudellinen vahinko. Tällöin vakuutuksenantaja tietää ja pystyy arvioimaan vakuutuskaudelle kohdistuvaa riskin. Sairausvakuutuksissa taas vakuutuksenantaja maksaa sairauden kokonaiskustannukset ainoastaan, mikäli vakuutuksenottaja pysyy vakuutettuna koko loppuelämänsä ajan tai sairauden parannuttua. Joissain tapauksissa vakuutus voi päättyä samalla kun sairaus vaatisi vielä hoitoa. Vapaaehtoisissa vakuutuksissa yläikärajan ollessa esimerkiksi 65-vuotta, vakuutusyhtiö arvioi 60-vuotiaan henkilön riskin realisoitumisen todennäköisyyttä vain seuraavaksi viideksi vuodeksi. (Georgakopoulos 2013)

Todellisuudessa Suomessa ainoastaan sosiaalivakuutus kantaa riskiä yksilön koko elämänkaaren ajan. Tämän vuoksi julkisella puolella on suurempi motivaatio ennaltaehkäistä sairauksia verrattuna yksityiseen puoleen. Teoriassa vahinkovakuutusyhtiöiden tahtotilana on ylläpitää vakuutetun terveydentilaa vakuutuksen voimassaolon ajan, joten yhtiöillä ei ole suurta taloudellista motivaatiota investoida sellaisiin ennaltaehkäiseviin hoitoihin, joiden hyödyt koituvat vasta tulevaisuudessa tai mikäli vakuutuksenottaja vaihtaa vakuutuksensa kilpailijalle. Jotta ennaltaehkäisyyn investoiminen olisi yhtiölle kannattavaa, vakuutettujen henkilöiden tulisi maksaa vielä tulevaisuudessakin vakuutusmaksuja yhtiölle, vaikka heidän sairautensa olisi saatu jo ennaltaehkäistyä. (Georgakopoulos 2013)

3 MENETELMÄ JA AINEISTO

Tässä luvussa esitellään tämän tutkielman empiirisen aineiston menetelmän ja keruun perusteet. Koska skenaarioiden rakentamista voi lähestyä monesta näkökulmasta, luvun tarkoituksena on esitellä aluksi perusteet tässä tutkimuksessa käytettävän skenaariomenetelmän valinnalle. Tämän jälkeen seuraavassa luvussa tarkastellaan itse skenaarioprosessin kulkua. Kolmannessa alaluvussa esitellään aineiston keruu ja tutkimushaastatteluiden kohde, ja viimeisessä alaluvussa kuvataan aineisto ja haastatteluiden eteneminen.

3.1 Skenaariomenetelmän perusteita

Kirjallisuudessa skenaariot jaotellaan yleensä eksploriatiivisiin ja normatiivisiin. Eksploriatiiviset skenaariot pyrkivät ilmentämään mahdollisia tulevaisuudentiloja nykyhetkestä eteenpäin katsottuna ja antamaan muutostekijöiden toteutumisille erilaisia todennäköisyyksiä. Normatiivinen tapa taas tunnistaa haluttuja tulevaisuudentiloja ja tutkii, kuinka haluttuun tulevaisuudentilaan on mahdollista päästä. Tällöin tulevaisuudesta määritetään jokin tavoite, josta katsotaan taaksepäin nykyhetkeen. Nykyään on tavallista, että organisaatiot käyttävät strategian luomisessa sekä eksploriatiivista että normatiivista tapaa rinnakkain. (Kosow & Gassner 2008, 31-32)

Aikasuuntauksen lisäksi skenaarioita voidaan myös lähestyä kvalitatiivisesta tai kvantitatiivisesta näkökulmasta. Käytettävään metodiin vaikuttaa esimerkiksi käytettävän datan määrä ja tutkittavan ilmiön luonne. Kvalitatiivisesti tutkittavasta ilmiöstä on mahdollista löytää erityisiä merkityksiä, kun aihetta kuvataan yleensä narratiivisin keinoin. Kvantitatiivisesti on tarpeen määrittää tarkasteltavien tekijöiden lukumäärä siten, että mikään tärkeä tekijä ei jää huomioimatta ja tämän jälkeen mallintaa tuloksia matemaattisin keinoin. Eri menetelmät soveltuvat käytettäväksi eri aikajännteille siten, että kvalitatiivisella otteella kyetään ennakoimaan asioita jopa pitkällä aikavälillä (3-20 vuotta), kun taas kvantitatiivinen ote soveltuu lyhyen tai keskipitkän aikavälin tarkasteluun. Myös kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää voidaan käyttää rinnakkain, kun laadullisille tekijöille annetaan numeerisia arvoja ja numeerisista tuloksista rakennetaan narratiiveja. (Kosow ym. 2008, 33-34)

Skenaarioanalyysimenetelmiä voidaan jaotella eri koulukuntiin. Näitä eri koulukuntia ovat intuitiivislooginen-, PMT-koulukunta (probabilistic modified trends school) ja La Prospective-koulukunta (Amer 2013, 26-28). Intuitiivisloogisen koulukunnan mukaan taloudelliset päätökset perustuvat muun muassa taloudellisten, poliittisten, teknologisten ja sosiaalisten tekijöiden monimutkaiseen yhteyteen. Muodostettavat skenaariot ovat kausaalisuhteita nykyhetkestä tulevaisuuteen. Intuitiivisloogiset skenaariot rakennetaan loogisten ajatteluketjujen kautta eikä niiden muodostamisessa käytetä matemaattista kaavaa. PMT-koulukunta yhdistää trendin vaikuttavuus- ja poikittaisvaikuttavuusanalyysin matriisimuotoon ja mallintaa trendejä niiden numeeristen todennäköisyyksien avulla. Ranskalainen La Prospective -koulukunnan voidaan nähdä yhdistävän nämä kaksi edellä esiteltyä tapaa, sillä skenaariot rakennetaan laadullisten ja määrällisten elementtien kautta. (Amer 2013, 27-29)

Tutkijat eivät ole päässeet yksimielisyyteen skenaarioiden oikeasta lukumäärästä, mutta yleisesti 3-5 skenaarion lukumäärää pidetään sopivana. Yhden skenaarion luominen kuvastaa yleensä todennäköisintä tulevaisuudentilaa, mutta ei ota huomioon vaihtoehtoisia tulevaisuudenpolkuja. Kaksi skenaariota jakaa yleensä skenaariot optimistiseen ja pessimistiseen vaihtoehtoon ja päälle viiden skenaarion määrän ongelmaksi katsotaan laatimisen korkeat kustannukset ja laadukkaan arvioinnin vaikeus. Kustannuksilla tarkoitetaan esimerkiksi skenaarion laatimiseen ja laadukkaaseen analyysiin käytettävää aikaa. Skenaarioihin sisällytettävien muutostrendien lukumäärästä ei ole niin ikään yhtä yleisesti hyväksyttyä määrää, vaan yksittäisten muutostekijöiden määrä vaihtelee normaalisti kolmesta kahdeksaan. Kolmea muutostrendiä pienempi määrä yleensä yksinkertaistaa kuvausta liikaa ja jättää osan olennaisista tekijöistä huomioimatta, kun taas useamman kuin kahdeksan tekijän analyysi kasvattaa skenaarion rakentamisen kustannuksia tarpeettomasti hyötyihin nähden. (Amer 2013, 32-33)

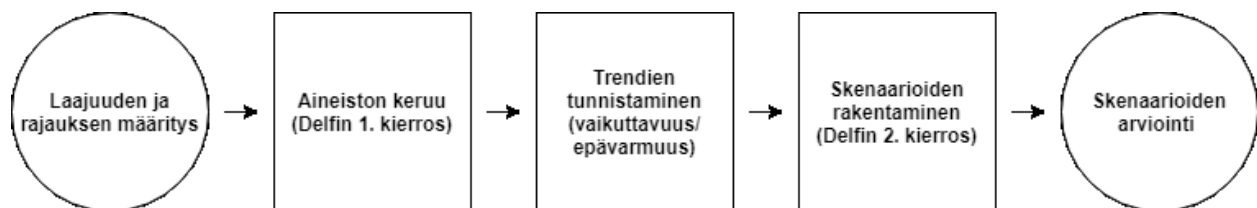
Durance & Godet (2010, 1488) kuvaavat skenaariota työkaluna, jonka tarkoitus on selventää nykyistä toimintaa mahdollisen ja toivotun tulevaisuuden näkökulmista. Jotta skenaario olisi luotettava ja käytettävä, sen tulee täyttää samanaikaisesti viisi edellytystä: asianmukaisuus, johdonmukaisuus, todennäköisyys, tärkeys ja läpinäkyvyys. Käytännössä nämä edellytykset tarkoittavat skenaarion rakenneosien merkityksellisyyttä ja ristiriidattomuutta, skenaarion tapahtumien toteutumisen tarkastelun mielekäästä aikajännestä sekä sitä, että skenaario on selitetty oikein ja ymmärrettävästi. Mikäli rakennettu skenaario ei täytä näitä elementtejä, lukija ei

ymmärrä skenaarion lähtökohtia ja menettää kiinnostavuutensa tuloksia kohtaan. Valmiiden skenaarioiden tuleekin siis olla mahdollisia, kuvastaa tulevaisuuden epävarmuutta, luoda näkemyksiä, haastaa vanhoja oletuksia ja olla riittävän erilaisia toisiinsa verrattuna.

Tämä tutkimus toteutetaan intuitiivisloogisena skenarioanalyysinä. Luotavien skenaarioiden tarkoituksena on ilmentää vaihtoehtoisia tulevaisuudentiloja nykyhetkestä tulevaisuuteen eksploratiivisesti. Osa tulevaisuuden muutostrendeistä on mallinnettavissa numeeriseen muotoon, kuten esimerkiksi taloudelliset trendit, mutta osa muutoksista on mielekkäämminkin mallinnettavissa laadullisesti, kuten esimerkiksi muutokset sosiaalisissa ja poliittisissa tekijöissä. Tämän vuoksi skenaarioiden rakentamisessa on päädytty laadulliseen menetelmään. Tutkimuksen tavoitteiden ja valitun aineistonkeruumenetelmän vuoksi rakennetaan kolme vaihtoehtoista skenaariota. Rakennetut skenaariot kuvastavat tasapuolisesti erilaisia polkuja eli mikään luoduista vaihtoehtoista ei kuvasta esimerkiksi todennäköisintä tai uhkaavinta tulevaisuudentilaa.

3.2 Skenaarioprosessi

Skenaarioiden laatimisprosessi alkaa tutkimuksen laajuuden ja rajauksen määrittämisellä. Toisessa vaiheessa rajatusta aihealueesta kerätään dataa ympäristöanalyysin muodostamista varten. Kolmannessa vaiheessa kerätystä datasta on tarkoitus tunnistaa alalla tapahtuvia trendejä sekä makro- että toimialan tasolla. Neljännessä vaiheessa rakennetaan neljä vaihtoehtoista skenaariota ja lopuksi rakennettuja skenarioita arvioidaan. Kuvio 7 kuvaa skenaarioprosessin vaiheet. (Schoemaker 1995)



Kuvio 7 Skenaarioprosessin vaiheet (Schoemaker 1995)

Ensimmäisen vaiheen laajuuden ja rajausten määrittäminen on esitelty tarkemmin luvussa 1.3 Keskeiset rajaukset. Skenaarioprosessin toisessa vaiheessa datan kerääminen aloitetaan julkaisuihin, oikeudellisiin lähteisiin ja internet-lähteisiin perustuvalla kirjallisuuskatsauksella, jonka avulla kartoitetaan tutkittavaa ilmiötä ja sitä koskevia merkittävimpiä tekijöitä.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on löytää lähtökohtia tutkimukseen ja luoda pohjaa varsinaisille asiantuntijahaastatteluille.

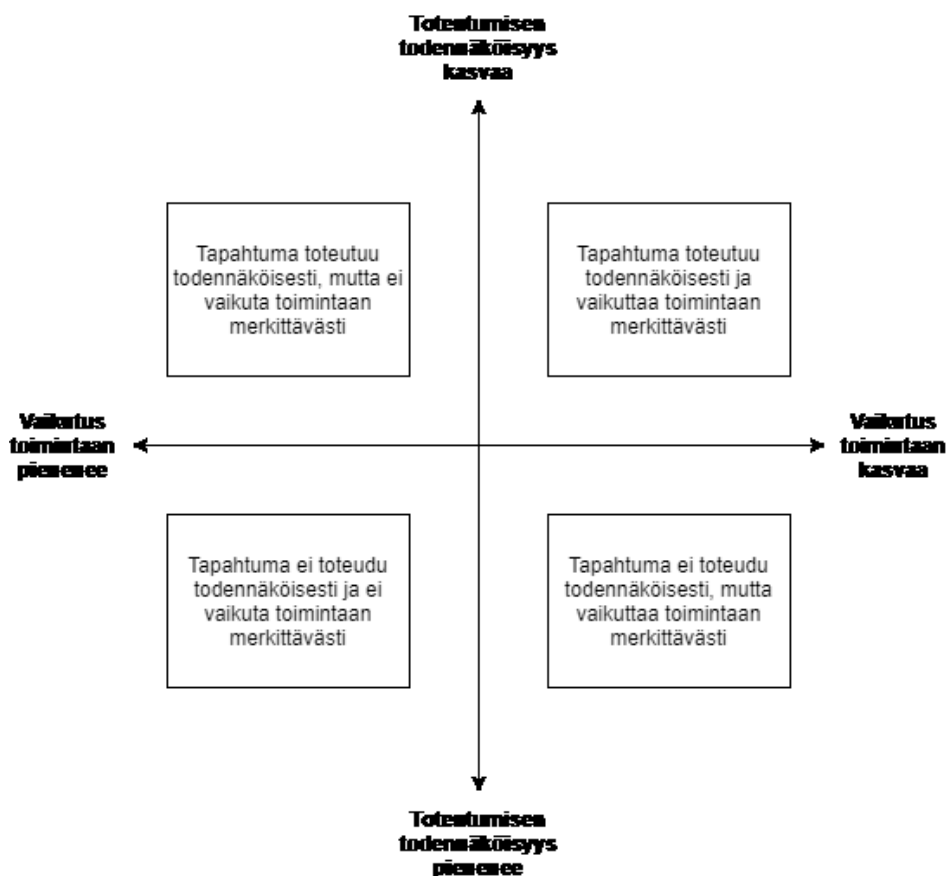
Varsinainen aineisto kerätään Delfi-tekniikalla (eng. The Delphi method) asiantuntijoiden subjektiivisiin mielipiteisiin perustuen. Rowen & Wrightin (1999, 354) mukaan Delfi-tekniikan neljä perusominaisuutta ovat anonymiteetti, yhtä useampi kyselykierros, palaute ja yhtenäiseksi muodostettu mielipide. Ensinnäkin Delfi-tekniikka käsittelee haastatteluiden vastauksia ja tuloksia nimettömänä. Tämä tarkoittaa, että vastaaja-asiantuntijat voivat kertoa oman subjektiivisen mielipiteensä, eivätkä joudu muokkaamaan vastauksia esimerkiksi edustamansa yhtiön ulkoisen viestinnän mukaan. Toiseksi, haastattelukierrosten lukumäärä vaikuttaa yhteisen mielipiteen muodostumiseen. Empiirisesti ajateltuna jokainen uusi haastattelukierros laskee tulosten hajontaa, mikä johdattaa yhteisen mielipiteen löytymiseen.

Perinteisesti Delfi-tekniikkaa käytettäessä ensimmäisellä kysymyskierroksella asiantuntijat antavat mielipiteensä tutkittavasta ilmiöstä tietämättä muiden asiantuntijoiden vastauksista. Ensimmäisen kysymyskierroksen jälkeen vastauksista luodaan kooste, joka lähetetään asiantuntijoille arvioitavaksi uudelleen. Toisella kierroksella asiantuntijoilla on mahdollisuus joko vahvistaa, muuttaa tai kommentoida edellisen kierroksen mielipiteitään, ja kierrosten läpikäynnin jälkeen tavoitteena on mahdollisimman yhteisen mielipiteen löytäminen. Delfi-tekniikka sopii hyvin sellaisten käännepisteiden löytämiseen, joissa esimerkiksi numerotietoon perustuvat aikasarja-analyysit tai regressioanalyysit eivät kykene ennakoimaan ihmisen luovan käyttäytymisen seurauksia. Tekniikka tuo myös esille yksittäisen raadin jäsenen vastaamat ”heikot” signaalit suuremman joukon arvioitavaksi jokaisen asiantuntijan mielipiteen ollessa yhtä arvokas. (Metsämuuronen 2001)

Tutkimuksen luotettavuuden ja validiteetin näkökulmasta Delfi-tekniikassa on puutteita. Ensinnäkin asiantuntijoiden määrä ei ole alan keskustelussa vakiintunut, vaan panelistien määrä vaihtelee kolmesta asiantuntijasta tuhansiin panelisteihin. Lisäksi on ongelmallista määrittää, millaista on riittävä asiantuntijuus. Toiseksi ensimmäisen haastattelukierroksen onnistuminen on kriittistä tutkimuksen onnistumisen kannalta, jotta asiantuntijoita ei johdeta väärään suuntaan. Kolmanneksi on keskeistä määrittää riittävä kyselykierrosten määrä yhtenäisen mielipiteen muodostamiseksi. Toisaalta välttämättä enää ei pyritä täydellisen yhtenäiseen mielipiteeseen, sillä

se saattaa johtaa joidenkin tärkeiden näkökulmien katoamiseen. On myös huomioitava, että asiantuntijoiden subjektiiviset mielipiteet saattavat muuttua ajan myötä, jolloin tutkimuksen toistettavuus kärsii. (Metsämuuronen 2001)

Skenaarion laatimisprosessin kolmannessa vaiheessa kerätystä datasta tunnistetaan ja analysoidaan alalla tapahtuvia muutoksia ja arvioidaan niiden mahdollista todennäköisyyttä ja merkitsevyyttä vaikuttavuus/epävarmuus -nelikentän avulla (kuvio 8). Tekijöitä arvioidaan siten, että suuren tai erittäin suuren vaikuttavuuden perusteina on toiminnan pysyvä muutos ja taloudelliset tappiot, joita on vaikea saada takaisin tai joita ei enää kyetä korjaamaan. Pienen ja keskisuuren vaikuttavuuden tekijät eivät vaikuta toimintaan tai tekevät niin vain hetkellisesti. Muutokset voidaan korjata ja taloudelliset tappiot eivät ole merkittäviä.

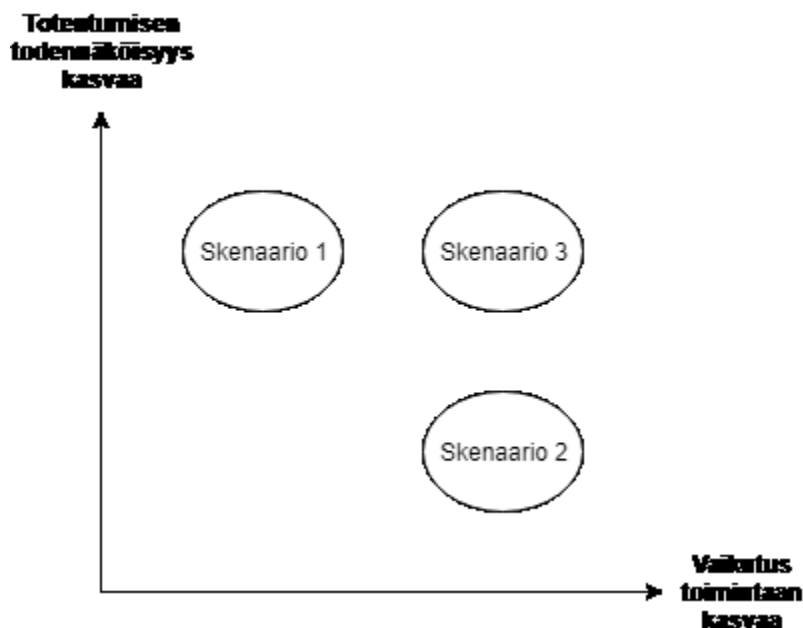


Kuvio 8 Vaikuttavuus/epävarmuus –nelikenttä

Tässä tutkielmassa suoritetaan sairauskuluvakuuttamista koskeva ympäristöanalyysi, jossa tutkitaan muutostrendejä makrotasolla. Sairauskuluvakuutusten kohtaamien makrotason

muutostrendien analyysiä varten hyödynnetään PEST-kehikkoa, joka muodostuu poliittisista (Political), taloudellisista (Economic), sosiaalisista (Social) ja teknologisista (Technological) muutoksista. Sairauskuluvakuuttamisen PEST-analyysin lähempi sisältö voi muodostua esimerkiksi poliittisten tekijöiden vaikutuksesta vakuuttamista ja terveyspalveluiden järjestämistä kohtaan. Taloudelliset tekijät liittyvät esimerkiksi kustannuspuoleen ja vahinkovakuutusyhtiön vahinkosuhteen kehittymiseen. Sosiaalinen puoli sisältää yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia, kuten ihmisten kuluttajakäyttäytymisen ja elämäntyylin muutoksia sekä asenteita. Teknologiset muutokset voivat olla informaatioteknologian tuomia mahdollisuuksia yksilön terveydentilan seuraamisen ja vahinkovakuutusyhtiöiden korvauskäsittelyn suhteen. Ilvessalo ym. (2011, 99) korostavat kuitenkin, että muutostekijöitä tunnistettaessa asioita ei tule ajatella liian suppeasti tai vanhojen tottumusten sekä tutkimuksen tekijän omien uskomusten perusteella.

Skenaarioprosessin neljännessä vaiheessa rakennetaan vaihtoehtoiset skenaariot. Muutostrendien vaikuttavuus/epävarmuus -arvioinnin jälkeen tapahtumat asetetaan niille kuuluville paikoille toteutumisen todennäköisyyden ja toimintaan vaikuttavuuden suhteen. Tutkimuksen tavoitteena on keskittyä vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen kohtaamiin merkittäviin muutostrendeihin, joten tuloksista muodostetaan kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden skenaariota (kuvio 9). Neljäs skenaario ei ole tutkimuksen kannalta relevantti, sillä skenaarion tapahtumat eivät todennäköisesti toteudu ja tapahtumat eivät toteutuessaan vaikuta merkittävästi toimintaan. Skenaario 1 kuvaa tulevaisuudentilaa, jossa tapahtumat tulevat todennäköisesti toteutumaan, mutta eivät vaikuta sairauskuluvakuuttamiseen merkittävästi. Skenaariossa 2 tapahtumat eivät todennäköisesti tule toteutumaan, mutta toteutuessaan niillä on merkittävä vaikutus. Skenaariossa 3 tapahtumat toteutuvat todennäköisesti ja niillä tulee olemaan merkittävä vaikutus sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa.



Kuvio 9 Skenaarioiden kohdistuminen todennäköisyyden ja vaikuttavuuden suhteen

Skenaarioprosessin viidennessä vaiheessa aineiston keräämisen ja trendien tunnistamisen tulokset lähetetään takaisin ensimmäisen Delfi-kierroksen asiantuntijoille palautteeksi, jotta he voivat ottaa kantaa muutostrendeihin ja tarkentaa mielipiteitään. Tässä vaiheessa jokaiselle ensimmäiseltä kierrokselta löytyneelle merkittävälle muutostrendille annetaan kolme erilaista vastausvaihtoehtoa trendin toteutumiselle seuraavan kolmen vuoden aikana. Asiantuntijoiden vastausten perustella voidaan siis täsmentää ja arvioida skenaarioiden toteutumista lähitulevaisuudessa.

3.3 Aineiston keruu ja tutkimushaastatteluiden kohde

Valitun tutkimusmetodin vuoksi tutkimus toteutettiin laadullisena. Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena, joka kuvaa jonkin loogisen kokonaisuuden rakennetta. Luotettavina pidetyt aihealueeseen kuuluvat seikat tulee esittää siten, etteivät ne ole ristiriidassa käytettävän tulkinnan kanssa. Analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä ja tulosten tulkinnasta, ja havaintojen pelkistäminen tapahtuu yhdistämällä erilliset raakahavainnot yhdeksi havaintoaineistoksi. Yhdistämisen tarkoituksena on etsiä aineistosta löytyviä esimerkkejä ja näytteitä samasta ilmiöstä ja muodostaa sääntöjä ja sääntörakenteita, joilla pyritään asiantuntijaraadin yhteisen mielipiteen muodostamiseen. Tilastollisessa analyysissä poikkeamat yleisestä säännöstä sallitaan, mutta kvalitatiivisessa analyysissä tutkimusyksiköiden pieni joukko

ja tilastollinen argumentaatiotapa ei ole mahdollinen, sillä erot eivät ole tilastollisesti merkittäviä. Tulosten tulkinnassa muodostetaan rakennekokonaisuus, joka pohjautuu tuotettujen sääntöjen ja sääntörakenteiden pohjalta tehtyyn merkitystulkintaan tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 2011)

Tutkielman aineiston kerääminen aloitettiin kirjallisuuskatsauksella, jonka tulosten perusteella luotiin alustava kysymysrunko ensimmäisen paneelikierron haastatteluja varten. Haastattelun teema ja kysymysten muoto oli olla kaikille haastateltaville sama, mutta kysymysten järjestys ja sanamuodot vaihtelivat haastattelun edetessä, ja vastauksia ei ollut sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. Menetelmän etuna oli, että haastattelu eteni keskeisten teemojen varassa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Tämän vuoksi haastateltavien antamat merkitykset ja tulkinnat olivat keskeisiä ja syntyivät vuorovaikutteisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48)

Kuten edellä kuvattu, tutkielman empiria koostuu merkittävässä määrin asiantuntijahaastatteluista kerätyistä aineistosta. Itse asiantuntijuus on hyvä täsmentää yhteiskunnallisena ilmiönä, sillä käsite ei ole yksiselitteinen ja ymmärrys asiantuntijuudesta auttaa haastattelujen suunnittelemisessa, tulkitsemisessa ja kontekstiin asettamisessa. Asiantuntijuus voi olla esimerkiksi tiede-, ammattitai instituutioperusteista, ja asiantuntijaksi voidaan kuvata henkilöä, jolla on sellaisia tietoja ja taitoja, joita maallikolla ei ole. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on keskeistä määritellä aiheen kannalta olennainen asiantuntijuus ja valita keskeisimmät asiantuntijatahot. (Alastalo, Åkerman & Vaitinen 2017)

Alastalon ym. (2017) mukaan asiantuntijahaastatteluiden tavoite on tuottaa uutta tietoa hyödyntämällä asiantuntijoiden erityistietämystä ja osaamista. Haastatteluiden kohde on haastateltavan henkilön tutkittavaa asiaa koskevat tiedot ja tulkinnat, eikä itsessään haastateltava henkilö. Tämän tutkimuksen asiantuntijahaastattelut on jaettu kahdelle kierrokselle. Ensimmäisellä kierroksella asiantuntijoita haastateltiin *eksploratiivisesti* eli tutkittavaa ilmiötä pyritään kartoittamaan. Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset liittyvät keskeisesti vahinkovakuutusyhtiöiden sairauskuluvakuuttamisen liiketoimintaan, joten haastateltaviksi asiantuntijoiksi valittiin sellaisia henkilöitä, jotka ovat edustamissaan yhtiöissään päättävissä asemassa asiantuntija- tai johtotehtävissä. Yksilöhaastatteluiden lisäksi yhden vakuutusyhtiön kanssa järjestettiin ryhmähaastattelu kahden asiantuntijan kanssa, jolloin henkilöillä oli mahdollisuus täydentää toistensa mielipiteitä jo haastatteluhetkellä. Ryhmähaastattelun vuoksi

kaikki asiantuntijat eivät pysyneet toisilleen nimettöminä ensimmäisellä kyselykierroksella, mutta asetelma koettiin empiirisen aineiston täydentymisen kannalta oikeaksi ratkaisuksi.

Toisella haastattelukierroksella kysymykset lähetettiin vastaajille nimettöminä, ja silloin arvioitiin ensimmäisen haastattelukierroksen tuloksia. Tässä vaiheessa löydettyjen muutostrendien toteutumista arvioitiin seuraavan kolmen vuoden kuluessa. Merkittävimmät muutostrendit listattiin (liite 3) ja niiden toteutumiselle esitettiin kolme erilaista vaihtoehtoa, joista asiantuntijat valitsivat heidän mielestään todennäköisimmän vaihtoehdon. Tuloksia käytettiin skenaarioiden rakentamisen perusteena ja niiden avulla arvioitiin tapahtumien toteutumista lähitulevaisuuden aikana.

3.4 Aineiston kuvaus ja haastattelujen eteneminen

Laadullisen tutkimusmenetelmän vuoksi asiantuntijoiden haastatteluiden onnistuminen vaikuttaa merkittävästi tulosten laatuun. Ensimmäisen haastattelukierroksen tarkoituksena oli kartoittaa sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta ja sairauskuluvakuuttamisen kohtaamia muutostrendejä vahinkovakuutusyhtiön näkökulmasta. Koska asiantuntijahaastatteluiden tarkoitus oli hyödyntää haastateltavien erityistietämystä ja -osaamista, haastateltaviksi valitut ovat edustamassaan organisaatiossaan päättävässä roolissa ja työssään tekemisessä terveyden vakuuttamisen kanssa. Näiden kriteerien tarkoituksena oli varmistaa, että haastatteluista saadut löydökset kuvaavat nykytilannetta ja muutostrendejä mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti.

Ensimmäisen haastattelukierroksen kysymyspatteristo jaettiin taustatietoihin ja kahteen eri teemaan. Taustaosiossa selvitettiin haastateltavan taustaa nykyisen työtehtävän ja aiemman vakuutusalan työkokemuksen kautta. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin, miten he ovat tekemisissä terveyden vakuuttamisen kanssa. Ensimmäisen teeman kysymyksillä kartoitettiin sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta vakuutustuotteen ominaisuuksien, tuotteen markkinoiden ja kannattavuuden perusteella. Toinen teema koski sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuutta, ja kysymykset rakennettiin poliittisten, taloudellisten, sosiaalisten ja teknologisten muutosten ympärille. Toisen teeman eri osien ensimmäiset kysymykset perustuivat kirjallisuuskatsauksella etukäteen selvitettyyn muutokseen. Tämän jälkeen haastateltavilta kysyttiin, mitä muita muutoksia he kokevat vaikuttavan sairauskuluvakuuttamiseen.

tulevaisuudessa. Osien lopuksi haastateltavia pyydettiin arvioimaan esiin tulleita muutostrendejä muutosten toteutumisen todennäköisyyden ja vaikuttavuuden suhteen (liite 2).

Haastatteluiden sopimisessa tuotiin ilmi haastattelun tarkoitus ja tulosten käyttäminen Pro Gradu -tutkimuksen aineistona. Haastattelut järjestettiin kunkin vakuutusyhtiön toimitiloissa kasvotusten joulukuun 2018, tammikuun 2019 ja helmikuun 2019 aikana. Haastattelut taltioitiin haastateltavien suostumuksella matkapuhelimen tallennussovelluksella, ja haastattelutallenteiden litterointi suoritettiin haastattelupäivänä. Haastattelut sujuivat hyvin ja saatuja vastauksia voidaan pitää luotettavina. Vastauksia lukiessa ja analysoitaessa on kuitenkin huomioitava, että liikesalaisuuksien vuoksi aihetta käsiteltiin yleisellä tasolla. Lisäksi vastaukset perustuivat haastateltavien subjektiivisiin mielipiteisiin, eivätkä esimerkiksi edustamansa yhtiön viralliseen ulkoiseen viestintään, ja vastauksia ei rikastettu esimerkinomaisesti yrityksen tunnusluvuilla tai muilla tiedoilla.

Ensimmäisen haastattelukierroksen jälkeen haastatteluiden tulosten perusteella muutostrendit tunnistettiin ja jaettiin niille kuuluviin lokeroihin vaikuttavuuden ja toteutumisen epävarmuuden perusteella (kuvio 8). Haastatteluiden tulosten perusteella kirjallisuuskatsauksella tunnistetut muutostrendit koettiin merkittäviksi vapaaehtoisien sairauskuluvakuuttamisen kannalta, mutta muutostekijöiden vaikuttavuudesta ja toteutumisen epävarmuudesta oli erilaisia mielipiteitä vastaajan näkökulmasta riippuen.

Ensimmäisen kierroksen näkökulmien ja mielipide-erojen vuoksi mielipiteitä jakaneista muutostrendeistä luotiin erillinen verkkopohjainen kysely (liite 3), joka lähetettiin vastaajille kommentoitavaksi. Kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan trendin toteutumista seuraavan kolmen vuoden aikana. Vastaukset jaettiin kolmeen etukäteen määritettyyn vaihtoehtoon ja mahdollisuuteen vastata toteutumiseen liittyen myös omin sanoin, mikäli jokin ennalta määritetty vaihtoehto ei ollut tarpeeksi tarkka tai kuvastanut mahdollista tulevaisuudentilaa oikein. Lisäksi kyselyn lopussa asiantuntijoilla oli mahdollisuus antaa vapaata palautetta muutostrendeihin liittyen, jos esimerkiksi he kokivat jonkin trendin olevan erityisen tärkeä tai vastavuoroisesti merkityksellisen sairauskuluvakuuttamisen kannalta. Toisen kysymyskierroksen tarkoituksena oli luoda asiantuntijapaneelin tuloksista mahdollisimman yhtenevä mielipide muutostekijöiden

vaikuttavuudesta ja epävarmuudesta, jotka toimivat perusteena luvussa 5.2 esitetyissä tulevaisuuden skenaarioissa.

4 VAPAAEHTOISEN SAIRAUSKULUVAKUUTUKSEN KOHTAAMAT MUUTOSTRENDIT

Tämä osio muodostaa tutkielman ensimmäisen empiirisen luvun. Luvussa kuvatut muutostrendit perustuvat kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijapaneelin ensimmäisen haastattelukierroksen vastausten synteysiin. Asiantuntijoille ensimmäisellä haastattelukierroksella esitetyt kysymykset löytyvät tutkielman ensimmäisen liitteen (liite 1) toisesta teemasta ”Sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuus”. Koska valittu Delfi-tekniikka perustuu vastaajien anonymiteettiin, muutostrendit on kuvattu kollektiivisena mielipiteenä kaikkien asiantuntijoiden mielipiteisiin perustuen, eikä luvussa esitellä esimerkiksi eri asiantuntijoiden näkökulmien eroja. Luku alkaa poliittisista muutoksista, siirtyy seuraavaksi taloudellisiin ja sosiaalisiin muutoksiin ja lopuksi esittelee teknologisia muutoksia.

4.1 Poliittiset muutokset

4.1.1 Terveysthuollon palvelurakenteen muutokset

Juha Sipilän hallituskaudella alas ajetun sote-uudistuksen tavoitteena oli uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita, sillä ihmiset eivät saa tasavertaisesti palveluja eri alueilla ja sosiaali- ja terveysthuolluksissa on tehottomia toimintatapoja, jotka lisäävät kustannuksia ja viivästyttävät hoitoon pääsyä. Sote-uudistuksen keskeisimmiksi tavoitteiksi luettiin ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palveluiden yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen sekä kustannusten hillitseminen. Pyrkimyksenä oli, että ihmiset pääsisivät oikeaan aikaan lääkäriin ja ihmiset voisivat vaikuttaa entistä paremmin omaan hoitoonsa valitsemalla joko julkisen tai yksityisen sosiaali- ja terveyskeskuksen, joissa asiakasmaksut pysyisivät samana. Tavoitteena oli myös lisätä digitaalisia palveluita, jotta tarvittaessa henkilö kykenisi keskustelemaan etälääkärin kanssa virtuaalisesti. Nämä digitaaliset palvelut säästäisivät aikaa ja matkustamista ja toisivat palvelut paremmin saataville myös syrjäseuduille. (Maakunta- ja sote-uudistus: Mikä on sote-uudistus?)

Sipilän hallituksen 8.3.2019 jätetyn eropyynnön vuoksi edellä esitetyn sote-uudistuksen jatkovalmisteluihin ei kuitenkaan ole edellytyksiä ja tuleva hallitus päättää työn jatkamisesta ja jo

tehdyn työn hyödyntämisestä. Vaikka sote-uudistuksen kehittäminen sellaisenaan on päätetty, sosiaali- ja terveyspalveluiden ongelmat palveluiden yhdenvertaisuuden ja tuottavuuden suhteen pysyvät esillä. Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriö tulee jatkamaan sote-palveluiden uudistamista ja kehittämistä olemassa olevan lainsäädännön ja muiden toimijoiden kanssa samalla hyödyntäen tähän asti tehtyä työtä. (Maakunta- ja sote-uudistus: Sosiaali- ja terveyspalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu)

Asiantuntijapaneelin mukaan sote-uudistusta leimaa suuri epävarmuus ja soten toteutumisen vaikutuksia vakuutustoimintaan on hyvin vaikea vielä ennustaa. Alan keskustelussa asiantuntijakommentteja löytyy laidasta laitaan, sillä toisen ääripään mielipiteiden mukaan sote olisi poistanut kokonaan vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen tarpeen ja toisen ääripään mukaan sote-uudistus päinvastoin olisi lisännyt vapaaehtoisen vakuuttamisen tarvetta. Vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta perustellaan usein nopealla hoitoon pääsyllä ja laadukkaalla hoidolla. Sote-uudistuksen keskeisiksi tavoitteiksi oli lueteltu juurikin nopeampi hoitoon pääsy ja valinnanvapauden lisääminen, joten tämän perusteella onnistuessaan sote olisi toteutuessaan asiantuntijakommenttien mukaan pienentänyt vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen markkinoita merkittävästi.

Toisaalta taas asiantuntijoiden mukaan soten tuoma valinnanvapaus ei olisi tullut toteutumaan täysin, koska ihmisten olisi ollut sitouduttava joko yksityiseen tai julkiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen tietyksi aikaa. Lisäksi saatavuuden ei nähty parantuvan oleellisesti, sillä lääkäreitä ja muita hoitohenkilöitä on edelleen sama määrä. Vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen tarve kasvaa, kun ihminen haluaa päästä vaikuttamaan omaan hoitoketjuunsa joustavammin. Sote-uudistuksen oli ajateltu toteutuvan vaiheittain ja muutoksiin sisältyy aina epävarmuutta. Siellä missä on epävarmuutta, on myös tilaa vakuuttamiselle.

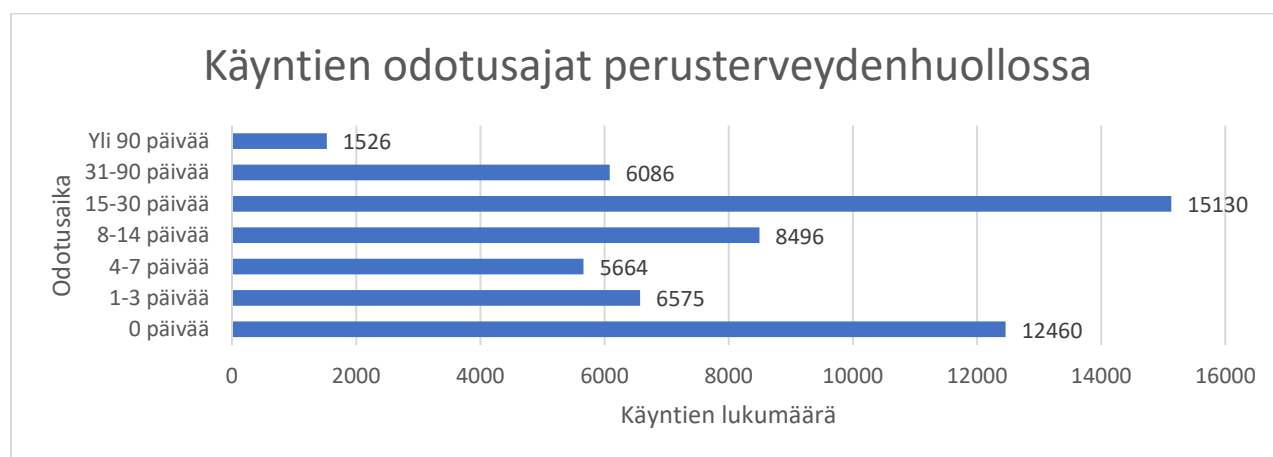
Sote-uudistuksen ei nähty suunnitellussa ratkaisussaan poistavan vapaaehtoisen vakuuttamisen tarvetta myöskään siksi, että nykyisin noin miljoona lääkärikäyntiä hoituu yksityisen puolen kautta. Ratkaisu ei olisi laskennallisesti toiminut, sillä julkinen puoli ei verovaroin olisi kyennyt paikkaamaan yksityisen vakuuttamisen mahdollisesti taakseen jättämäänsä tyhjiötä. Työntekijäpuolella on tällä hetkellä noin miljoona suomalaista työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä, mutta silti heille on otettu vakuutuksia joko yksilön tai työnantajan toimesta. Sote-

uudistuksen tuoma muutos olisikin todennäköisesti koskenut enemmän sitä, muuttuuko terveydenhuollon rahoitus entistä enemmän yksityiseksi vai julkisen puolen rahoittamaksi.

4.1.2 Hoitoon pääsy

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti potilaan asuinpaikasta riippumatta terveyskeskuksen tai sairaalan päivystysvastaanottoon. Kiireettömissä hoidoissa kunnat järjestävät hoidon asukkailleen määräaikana joko terveyskeskuksessa tai kuntien on järjestettävä palvelu ostamalla se muualta. Mikäli hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, aika on järjestettävä potilaalle kolmen arkipäivän kuluessa. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi katsottu hoito on järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hoidontarpeen arvioinnista.

Nykyisellään vapaaehtoisia vakuutuksia käytetään siksi, että halutaan nopeasti hoitoon ja sitä kautta nopeammin kuntoon, jotta toimintakyvyn menetys ei vaikuta perheen tulotasoon. Moni ihminen on tehnyt sen ratkaisun, että rahoittaa terveydenhuoltonsa itse vakuutuksella, sillä julkisen terveydenhuollon puolella diagnoosin saaminen ja hoidon aloittaminen kestää yleensä pidempään kuin yksityisellä puolella. Kuvio 10 esittää kiireettömän avosairaanhoidon lääkärikäyntien odotusaikoja koko maassa. Reilu kolmannes käynneistä toteutui kolmen päivän sisään, ja vajaa puolet kiireettömän avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäynneistä toteutui viikon sisällä hoidontarpeen ilmenemisestä.



Kuvio 10 Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa (THL: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa)

Kiireettömään erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää sairaalan tai terveyskeskuksen lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on toteutettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja tutkimukset aloitettava kolmen kuukauden sisällä. Elokuun 2018 lopussa reilu 121 tuhatta suomalaista odotti hoitoon pääsyä sairaanhoitopiirien sairaaloihin. Keskimäärin kiireettömään erikoissairaanhoidon odotettiin 1-2 kuukautta. Lyhin odotusajan mediaani oli Etelä-Karjalassa (23 päivää) ja pisin odotusajan mediaani oli Etelä-Savossa (73 päivää). (THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa)

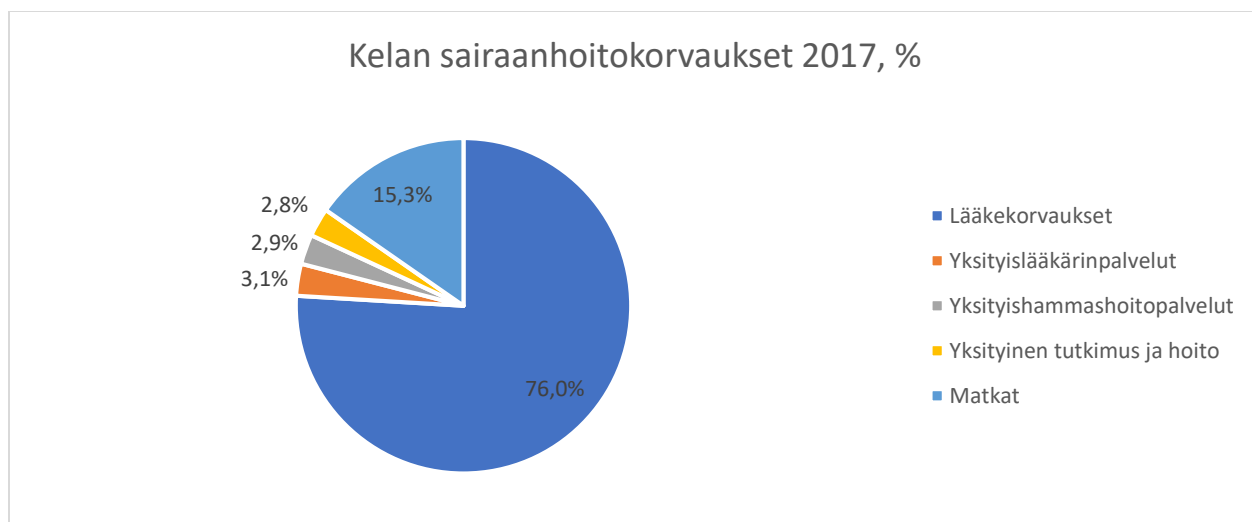
Mahdollisen vakuuttamisen tarpeen ja kuntien ostopalveluiden lisääntyessä terveyden hoitaminen voi siirtyä terveyskeskuksilta enemmän yksityisille palveluntuottajille. Tällä hetkellä jo osa kunnista hankkii sairaanhoidon palvelut kuntalaisilleen siten, että yksityinen lääkärikeskus toimii palveluntarjoajana. Lisäksi osa vahinkovakuutusyhtiöistä on solminut yhteistyökumppanuuksia hoitolaitosten kanssa, jolloin palvelut ovat keskittymässä muutamien palveluntuottajien käsiin. Tästä saattaa seurata sellainen kilpailullinen asetelma, johon lainsäätäjä joutuu puuttumaan. Asiantuntijajaneelin vastausten perusteella kilpailu on jo nyt keskittynyt harvan toimijan käsiin, jotka sanelevat sen, kuinka nopeasti päästään hoitoon ja mitä hoidosta joudutaan maksamaan.

Sekä sote-uudistuksen että yksityisten lääkäriasemien tavoitteena oli ja on parantaa hoidon saatavuutta lisäämällä digitaalisia terveyspalveluita. Trespin ym. (2016) mukaan perinteisten kivijalkavastaanottojen merkitys hoidossa vähenee tulevaisuudessa. Digitalisaatio ei poista tarvetta kasvoitusten tapahtuvalle hoidolle, mutta muun muassa sairauksien ensivaiheen diagnosointi tulee siirtymään nykyistä enemmän etälääkäreiden vastaanotoille. Asiakas voi esimerkiksi lähettää kuvan ihon sairaudesta lääkärille, joka päättää tarvittavista hoitomenetelmistä. Asiakkaalle prosessin hyöty näyttäytyy kustannusten pienemisenä (esimerkiksi matkakulut ja aika) ja helppoutena. Lisäksi on myös huomioitava, että pienemmät euromääräiset hoitokustannukset eivät kuluta vakuutuksen jäljellä olevaa vakuutusmäärää niin nopeasti kuin korkeammat hoitokustannukset. Mikäli esimerkiksi asiakkaan vakuutusmäärä on sidottu hänen koko elinkaarelleen, pienemmät hoitokustannukset tänään vähentävät sitä riskiä, että vakuutusmäärä tulee täyteen vuosien kuluttua.

4.1.3 Kela-korvaukset

Kela-korvausten mahdollinen pienentämisen tai niiden poistamisen sairaanhoitopalveluista nähdään olevan poliittinen päätös, joka näyttäytyy taloudellisena muutoksena sekä yhteiskunnalle, asiakkaalle että vakuutusyhtiölle. Nykyisin sairausvakuutus korvaa muun muassa lääkemääräyksellä lääkkeitä ja perusvoiteita, yksityislääkäripalveluita, yksityislääkärin määräämiä tutkimuskuluja ja sairauden aiheuttamia matkakuluja. Asiakas maksaa hoidostaan joko kiinteän euromääräisen omavastuuosuuden tai prosenttiosuuden omavastuun ylittävistä kuluista. Vuonna 2017 Kelan sairausvakuutusetuksia maksettiin reilu 1,8 miljardia euroa. Sairaanhoitovakuutuksen rahoitus tulee palkansaajilta, yrittäjien- ja etuudensaajien sairaanhoitomaksuista, EU-korvauksista ja valtion osuudesta. Vuonna 2017 valtio oli sairausvakuutuksen suurin rahoittaja 38 % osuudellaan. (Kela: Kelan tilastollinen vuosikirja; Kela: Rahoitus)

Asiantuntijapaneelin mukaan Kela-korvausten poistaminen vaikuttaa merkittävästi sairauskuluvakuuttamiseen. Korvausten poistamisen tausta-ajatuksena olisi, että Kelan korvauksilla ei perustapauksissa ole yksittäiselle kansalaiselle suurta merkitystä, ellei kyseessä ole esimerkiksi jokin täyskorvattava lääkevalmiste, mutta korvausten poistuminen vaikuttaa merkittävästi yhteiskuntatasolla ajateltuna. 20 minuutin yleislääkäriajan Kela-korvaus on 9,00 euroa ja 20 minuutin erikoislääkärin Kela-korvaus on 13,50 euroa (Kela: Sairaanhoitokorvausten taksat). Näin ollen asiakas joutuu maksamaan esimerkiksi 65 euron hintaisesta yksityisestä erikoislääkärikäynnistä itse 51,50 euroa ja mahdolliset toimistokulut. Yhteiskuntatasolla taas Kela-korvausten pienentäminen tai poistaminen vaikuttaa suuresti, sillä silloin siirretään suuri summa rahaa yhteiskunnalta yksilön tai esimerkiksi vakuutusyhtiön maksettavaksi.



Kuvio 11 Kelan sairaanhoitokorvaukset 2017, %

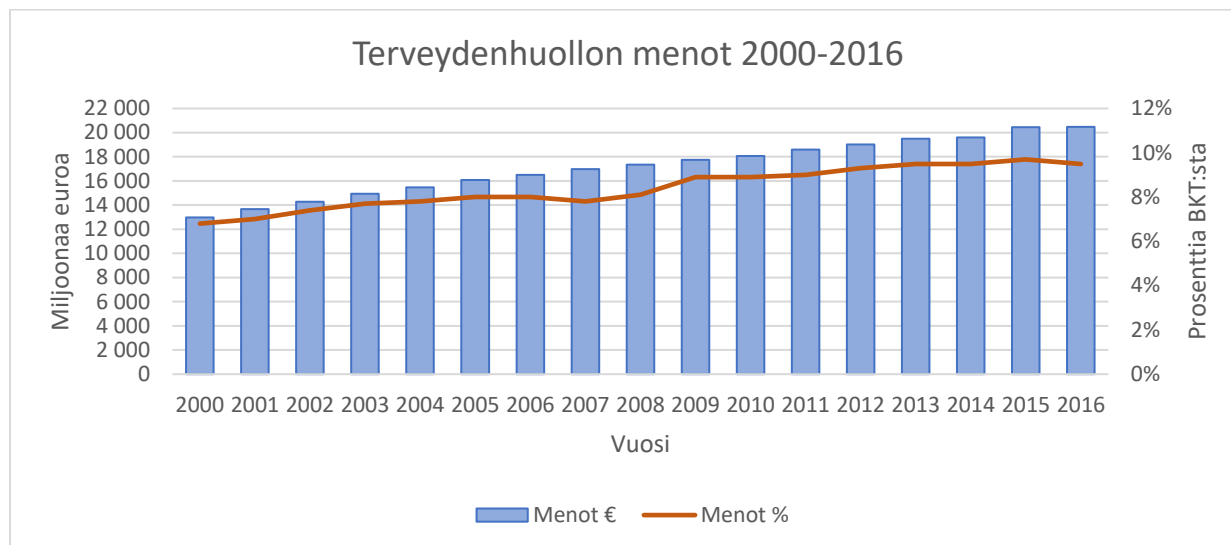
Kuvio 11 esittää Kelan sairaanhoitokorvauksia vuonna 2017. Sairaanhoitokorvauksista 1,4 miljardia euroa (noin kolme neljäsosaa kaikista sairaanhoitokorvauksista) kohdistui lääkkeisiin. Yksityislääkäripalveluiden osuus oli 56,2 miljoonaa euroa ja matkakulut noin 280 miljoonaa euroa. Matkakulut sairauden hoitokuluina ovat nykyisistä vapaaehtoisista sairauskuluvakuutuksista rajattu usein korvattavuuksien ulkopuolelle, joten matkakulujen Kela-korvausten poistaminen ei vaikuta merkittävästi vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen korvausmenoon. Sen sijaan lääkekorvauksien Kela-korvattavuuksien muutos vaikuttaa merkittävästi vakuutustuotteen korvausmenoon ja kannattavuuteen, mikäli esimerkiksi 1,4 miljardin euron summa siirretään Kelalta muiden maksettavaksi. Vakuutusyhtiöiden näkökulmasta hoidon kustannuksen nouseminen tuleekin siirtää samansuuruisena vakuutuksen hintaan, jotta vahinkosuhde pysyy ennallaan.

4.2 Taloudelliset muutokset

4.2.1 Terveysthuollon kustannusten kehitys

Terveysthuollon kustannusten oletetaan nousevan OECD-maissa sekä suhteellisesti että absoluuttisesti. Kuvio 12 esittää terveysthuollon kustannusten kehittymistä vuosien 2000-2016 välillä Suomessa vuoden 2016 hinnoin. Menot sisältävät terveysthuollon eri toiminnoista aiheutuvat kustannukset, kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidon, perusterveysthuollon,

sairausvakuutuksen korvaamaan yksityisen terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon kustannukset. Prosentuaalinen meno kuvaa terveydenhuoltomenojen suhdetta bruttokansantuotteeseen.



Kuvio 12 Terveydenhuollon menot 2000-2016 (THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus)

Tarkastelujakson aikana kustannukset ovat kehittyneet tasaisesti sekä euromääräisesti että suhteellisesti bruttokansantuotteeseen nähden. Vuonna 2016 Suomen terveydenhuoltomenot olivat noin 20,5 miljardia euroa, ja kasvua edellisvuoteen oli reaalisesti noin 0,1 prosenttia. Asukasta kohden menot olivat keskimäärin 3727 euroa (jakauma eri ikäryhmittäin esitellään luvussa 4.3.3), ja bruttokansantuotteeseen suhteutettuna menot muodostivat 9,5 prosentin osuuden. Kansainvälisesti OECD-maihin verrattuna Suomessa terveydenhuollon menojen suhteellinen osuus on muita maita puoli prosenttiyksikköä korkeampi (OECD-maiden keskitaso 9,0 prosenttia). (THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus)

Asiantuntijapaneelin mukaan terveydenhuollon kasvavilla kustannuksilla voidaan teoriassa nähdä olevan suora vaikutus sairausvakuutustuotteen kannattavuuteen, kun vahinkomenon kasvaessa vakuutusyhtiö joutuu tarkastamaan uudelleen vakuutustensa hintoja ja korvattavuuksia. Jos esimerkiksi vahinkomeno kasvaa 4-5 prosenttia vuodessa, loppujen lopuksi korotus on vietävä vakuutusmaksun korotukseen vakuutustuotteen kannattavuuden ylläpitämiseksi. Käytännössä katsoen siis kasvavien terveydenhuollon kustannusten trendin vaikutus jää pieneksi, sillä vakuutusmaksua muuttamalla voidaan vaikuttaa tuotteen kannattavuuteen. Mikäli kuitenkin

tuote ei kestä kovaa hinnankorotusta myynnin tai asiakaspysyvyyden näkökulmasta, kustannusten noustessa tulee tarve miettiä, mikä on vakuutettava riski, mitä rajataan pois ja minkälaista turvaa tarjotaan asiakkaalle.

Tuotteen voidaan nähdä olevan kannattava suhteessa korvausmenoon tai jos hintaan ei voida vaikuttaa, pitää vaikuttaa itse vakuutustuotteen sisältöön. Asiantuntijaraadin vastausten perusteella vakuutusyhtiöt voisivat miettiä erilaisia turvia, sillä yhtiöillä on mahdollisuus muuttaa tuotteitaan ja tarvittaessa tuoda uudenlaisia tuotteita markkinoille. Voidaan esimerkiksi tarjota vakuutustuotetta, jossa perussairaudet on rajattu korvattavuuksien ulkopuolelle tai vakuutus kattaa vain rajatut sairaudet. Huomioitavaa on myös, että yrityspuolella osa työnantajista on valmiina maksamaan korkeampaa vakuutusmaksua, jotta työntekijöille saadaan järjestettyä kattava hoito. Tätä perustellaan sillä, että kattavalla vapaaehtoisella lisäakuutuksella halutaan houkutella alan parhaita työntekijöitä. Osalla työnantajista taas talous ei mahdollista laajan lisäturvan hankkimista, vaan he vakuuttavat työntekijänsä pienemmällä turvan tasolla.

4.2.2 Yleinen taloustilanne

Yhteiskunnan mittakaavasta katsottuna asiantuntijat näkevät yleisen taloustilanteen vaikuttavan vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen. Jos perheen taloudellinen toimeentulo vaikeutuu, todennäköisemmin karsitaan vapaaehtoisista vakuutuksista kuin vaikka esimerkiksi ruokakaupassa käynnistä. Asiakkaat arvioivat maksukykyään ja sitä, kuinka paljon he ovat valmiita maksamaan siitä tarpeesta, mikä on julkisen terveydenhuollon ja muiden markkinoilla olevien vaihtoehtojen välillä. Mikäli perheen maksukyky on hyvällä tasolla, he todennäköisesti haluavat pitää vakuutusturvastaan huolta ja ylläpitää turvaansa myös tulevaisuudessakin.

Suomen valtionvarainministeriön mukaan vuonna 2019 BKT:n kasvu hidastuu 1,5 prosenttiin edellisvuoden 2,5 prosentista. Keskipitkällä aikavälillä kasvun arvioidaan hidastuvan alle 1 prosenttiin. Ansiotason nousun kiihtymisen johdosta kuitenkin kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen kehitys jatkuu, ja reaalitulojen ennustetaan kasvavan. Näin ollen kotitalouksien kulutuksen arvioidaan kiihtyvät vuonna 2019 vuoteen 2018 verrattuna. Ansiotason nousun lisäksi työllisyyden koheneminen tukee yksityisen kulutuksen kasvua. (Valtionvarainministeriö: Taloudellinen katsaus, talvi 2018)

Taloustilanne vaikuttaa erityisesti myös yritysten vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten markkinaa. Jos yrityksellä menee hyvin ja ollaan talouden nousujohteisessa syklissä, niin silloin yrityksen budjetissa on tilaa vapaaehtoiselle vakuuttamiselle. Vastavuoroisesti laskusuhdanteessa ylimääräistä vakuutusturvaa ei hankita tai olemassa olevia vakuutuksia irtisanotaan. Kynnys vakuutuksen irtisanomiselle on kuitenkin suuri, sillä työntekijöille annettuja etuja on enää vaikeaa ottaa pois. Lisäksi myös kattavalla ja laadukkaalla työntekijöiden terveydenhuollolla hoidon kustannuksia on mahdollista pienentää esimerkiksi nopean hoitoonohjauksen ansiosta ja työntekijät saadaan nopeammin takaisin töihin. Vapaaehtoinen vakuutus voi vähentää poissaolopäivien määrää, jolloin yritys hyötyy myös taloudellisesti vakuutuksesta.

4.3 Sosiaaliset muutokset

4.3.1 Elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit

Kansantaudit ovat yleisiä väestössä esiintyviä sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydelle. Ne aiheuttavat työkyvyttömyyttä, vaativat paljon terveydenhuollon resursseja ja ovat usein yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Pysyvät tai pitkäaikaiset eli krooniset sairaudet ovat nousseet Suomessa tärkeimmiksi kuolleisuuden aiheuttajiksi tartuntatautikuolemien vähennettyä. Suomessa esiintyviä kroonisia kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja astma. Kroonisia kansantauteja ovat myös allergia, krooniset keuhkosairaudet ja syöpäsairaudet sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. Mielenterveyden ongelmat ja muistisairaudet luetaan myös kroonisiksi taudeiksi Suomessa. (THL: Yleistietoa kansantaudeista)

Kansantautiin sairastumisen riskiä on mahdollista hallita ja pienentää elintapamuutoksilla. Usein eri kansantaudeilla on samoja riski- ja suojatekijöitä, esimerkiksi liikunta pienentää lähes kaikkien kansantautien sairastumisen riskiä. Vastavuoroisesti tupakointi lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin, keuhkosairauksiin ja syöpiin. Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut vuosia 2013-2020 koskevan toimenpideohjelman, jonka tavoitteena on vähentää kroonisiin kansantauteihin liittyviä kuolemia 25 prosentilla. Tavoitteisiin pyritään esimerkiksi vähentämällä runsasta alkoholinkäyttöä, lisäämällä terveystoimintaa, estämällä väestön lihomista ja tehostamalla lääkehoidon vaikuttavuutta. (WHO: Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020)

Asiantuntijapaneelin mukaan elintapoihin liittyvien krooniset kansantaudit tulevat yleistymään väestössä ja aiheuttavat merkittävän haasteen yhteiskunnalle, jota ei ole kyetty vielä ratkaisemaan. Vakuuttamisen näkökulmasta sairastuvuuden yleistymisen voidaan nähdä voimistavan taloudellisia muutoksia. Vakuutusten hintoja kuitenkin tarkistellaan suhteessa vahinkomenoon, jolloin erilaisia ilmiöitä on mahdollista tunnistaa vakuutuskannasta. Näin ollen siis kroonisten kansantautien yleistyvyyden vaikuttavuus on samankaltainen kuin hoitokustannusten nousun, kun vakuutuksen hintoja ja korvattavuuksia tarkistamalla voidaan ylläpitää tuote kannattavana. Aikuisväestöllä oma vakuuttamisen tarve voi syntyä vasta sairauden koittaessa, jolloin vakuutusyhtiöt pienentävät yhtiölle koituvaa kannettavaa riskiä vastuunvalinnalla (kenelle vakuutus myönnetään) ja rajoitusehdoin vakuutuksia myönnettäessä. Rajoitusehtojen vuoksi lapset halutaan vakuuttaa jo mahdollisimman nuoresta alkaen, jolloin tyypillisesti vakuutuksissa on vähemmän yksilöllisiä korvattavuuksien rajoituksia.

Perinteisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien lisäksi työhyvinvoinnilliset ja henkisen hyvinvoinnin tekijät vaikuttavat vakuuttamiseen tulevaisuudessa työn luonteen ja elämäntyylien muuttuessa. Työsuhteisilla henkilöillä on mahdollisuus työterveyden kautta hakeutua työterveyspsykologille tai yritys on voinut hankkia erillisen terapiaturvan vakuutusyhtiöltä. Toisaalta taas yksilön vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen markkinoilla ei ole olemassa vakuutustuotetta, joka olisi selkeästi kohdistettu henkiseen hyvinvointiin. Henkisen hyvinvoinnin hankaluudet tulevat olemaan merkittäviä tulevaisuudessa, sillä niiden painoarvo sairauspoissaolojen aiheuttajana on suuri. Henkisen hyvinvoinnin tuotteen rakentaminen ei ole kuitenkaan ollut vielä painopisteenä, sillä tällä hetkellä markkinoilla keskitytään odottamaan terveyspalveluiden rakenteiden ja niitä koskevien muutosten ratkeamista. Tulevaisuudessa kuitenkin todennäköisesti vakuutusyhtiöt painottavat henkisen hyvinvoinnin teemaa tuotteissaan ja palveluissaan.

4.3.2 Terveyskäyttämiseen vaikuttaminen

FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten perusteella suomalaisten tupakointi on vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta erityisesti miesten satunnainen tupakointi on yleistä, ja tupakkalain tavoitetasosta (alle 5 prosenttia väestöstä käyttää päivittäin tupakka- ja nikotiinituotteita vuonna 2030) ollaan vielä jäljessä. Alkoholinkulutukseen liittyvät terveyshaitat ovat vähentyneet Suomessa vuoden 2007 jälkeen, joskin eläkeikäisten alkoholin riskikäyttö on lisääntynyt.

Keskeisiksi riskin hallintakeinoiksi esitetään ongelman varhainen tunnistaminen ja käytön neuvonta erityisesti keski-ikäisellä väestöllä, joilla haitat ovat yleisimpiä lähestyttäessä eläkeikää. (Koponen ym. 2018, 27-32)

Terveyttä edistävien ruokatottumusten kehityssuunta on epäedullinen. Erityisesti työikäisen väestön ruokavalinnat eivät vastaa ravintotottumuksia, ja vain murto-osa aikuisista syö hedelmiä, marjoja ja kasviksia suositusten mukaan. Terveyttä edistävien väestötason muutosten edistämisen nähdään edellyttävän monien eri toimijatahojen yhteistyötä. Vaikka fyysisen aktiivisuuden muutokset ovat olleet kansanterveyden kannalta oikean suuntaisia, varsinaiset muutokset ihmisten liikuntatottumuksissa ovat olleet vähäisiä koko tämän vuosituhannen ajan. Noin kolmannes väestöstä ei harrasta liikuntaa vapaa-ajalla ja istuu päivittäin yli kolme tuntia ruudun äärellä. Suurin osa suomalaisista nukkuu hyvin. Kuitenkin uniongelmat ovat suomalaisilla aikuisille yleisiä, ja tarpeeksi nukkuvien osuus on pienentynyt vuodesta 2011 vuoteen 2017. Uniongelmillä on kansanterveydelle suuri merkitys, sillä tavallisesti uniongelmiin liittyy sekä fyysisiä että psyykkisiä sairauksia. Painoindeksillä mitattuna Suomessa on 2,5 miljoonaa ylipainoista aikuista ja joka neljäs aikuinen on lihava. Erityisesti vyötärölihavuus on yleistä, ja lihavuus on yleistynyt merkittävästi työikäisessä väestössä viimeisen kuuden vuoden aikana. Kansanterveyden kannalta lihavuus on yksi suurimmista ongelmista, joka koskettaa kaikkia ikäluokkia. (Koponen ym. 2018, 33-48)

Ihmisten terveystietoisuuteen vaikuttamisen tehokkuus jakaa asiantuntijoiden mielipiteitä näkökulmasta riippuen. Luontaisesti kuitenkin vahinkovakuutusyhtiön ei nähdä olevan se terveystoimija, joka pystyy toiminnallaan merkittävästi muuttamaan ihmisten terveystietoisuutta. Vaikka yhtiöt ovat yrittäneet vaikuttaa käyttäytymiseen jo useamman vuoden ajan, ongelmana on motivoida laajasti erilaisia ihmisiä. Osa porukasta innostuu helposti esimerkiksi erilaisista terveyttä seuraavista mittareista ja he haluavat antaa terveystietonsa vapaasti vakuutusyhtiön käyttöön, jos he saavat vastineeksi esimerkiksi rahallista hyötyä. Nämä ihmiset muodostavat kuitenkin vähempiriskisen populaation ja motivointia pitäisi saada kohdennettua erityisesti niihin korkea riskin henkilöihin, jotka eivät seuraa terveyttään samalla tavalla.

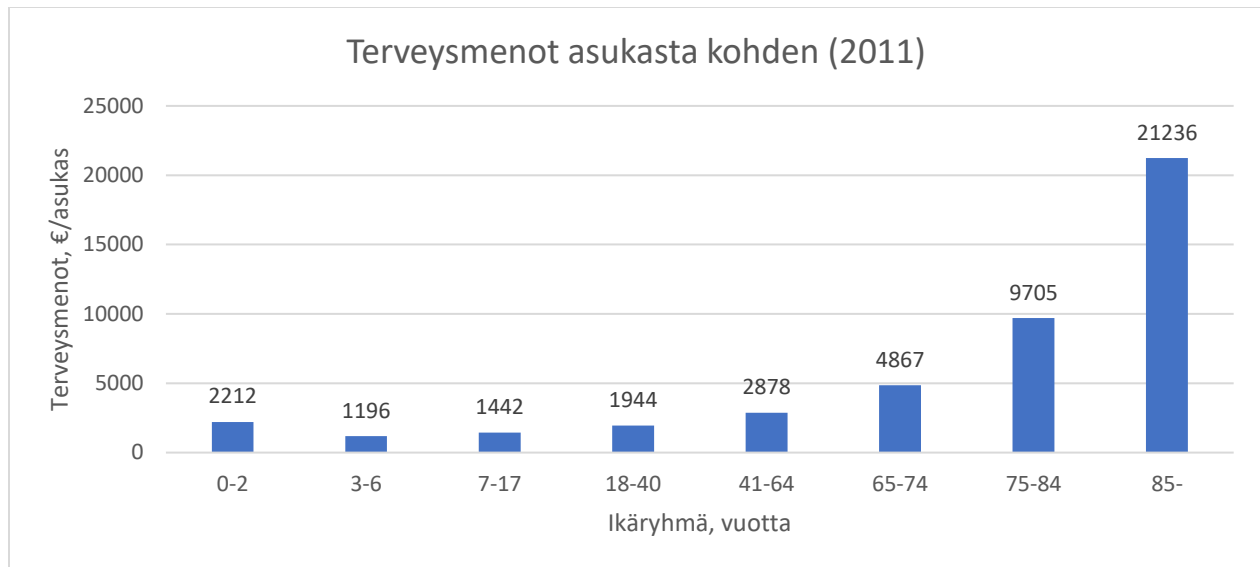
Yksityisvakuutuspuolella siis vahinkovakuutusyhtiön keinoksi jää yleensä motivointi vakuutusmaksun ja vakuutusmäärän kautta. Yrityspuolella tilanne on haastavampi, kun työnantaja

on vakuutusyhtiön ja vakuutetun välissä. Vakuutusyhtiöt voivat kuitenkin rakentaa tuotteensa sellaisiksi, että itsestään parempaa huolta pitämällä ja tämän todistamalla vakuutusmaksu pienenee. Yksityishenkilöiden vakuuttamisessa hinnoittelua ei voida muokata esimerkiksi sukupuolen mukaan, mutta yrityspuolella voidaan luoda paremmin riskiä vastaava hinta. Matalariskisemmät yritykset saavat vakuutuksen halvemmalla kuin riskisemmät yritykset.

4.3.3 Väestön demografia

Suomalaisen väestön ikärakenne on muuttumassa merkittävästi, sillä yli 65-vuotiaiden suhteellisen määrän on ennustettu kasvavan 18,1 prosentista 28,2 prosenttiin seuraavan 50 vuoden aikana. Elinajanodotteen nousu itsessään koetaan myönteiseksi, mutta toisaalta väestön vanhenemisen seurauksena terveyden ja vanhuuden aiheuttamat menot kasvavat. Väestörakenteen ongelma tulee olemaan tulevaisuudessa merkittävä, ja ongelmaa voidaan ratkaista lisäämällä syntyvyyttä ja maahanmuuttoa. (Schleutker 2013) Tilastokeskuksen mukaan nettomaahanmuutto oli edellisvuotta pienempää vuonna 2017. Vuonna 2017 Suomeen muutti vajaa 32 tuhatta henkeä ja Suomesta muutti ulkomaille vajaa 17 tuhatta henkeä. Maahan muuttaneista kolme neljäsosaa oli ulkomaan kansalaisia, joista suurin määrä saapui Irakista, Syyriasta ja Venäjältä. (Tilastokeskus: Muuttoliike)

Vakuutusyhtiöiden näkökulmasta väestön ikääntyminen tuo haasteita, sillä ihmisen eliniän kasvaessa paine nousee vakuutusten yläikärajan nostamiseen tai sen kokonaan poistamiseen. Yläikärajan noston tai poistamisen seurauksena on huomioitava, että iän kasvaessa terveysmenot tyypillisesti nousevat merkittävästi. Eläkeikään siirtyessä asukaskohtainen terveysmeno miltei tuplaantuu ja seuraavan kymmenen vuoden aikana kasvaa miltei 3,5 -kertaiseksi (kuvio 13).



Kuvio 13 Terveysmenot asukasta kohden (2011) (THL: Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011)

Eläkkeelle siirryttäessä henkilön työsuhteeseen perustuva lakisääteinen työterveydenhuolto ja mahdollinen työnantajan ottama vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus päättyy. Näin ollen yksilön ottamalle vapaaehtoiselle vakuutukselle voidaan nähdä olevan tarvetta jo työikäisenä, sillä iän karttuessa henkilölle ei välttämättä enää myönnetä vakuutusta olemassa olevien sairauksien vuoksi tai vakuutuksessa tulee olemaan rajoitusehtoja. Vanhusten osalta hoiva- ja palvelukotien vanhuspalveluiden merkitys tulee korostumaan ja alalla käydään keskusteluita siitä, että pitäisikö hoito ja kuntoutus kyseisissä hoitolaitoksissa sisällyttää vapaaehtoiseen vakuutukseen esimerkiksi siten, että vakuutus korvaisi osan hoitolaitosmaksuista. Nykyiset vapaaehtoiset vakuutukset korvaavat tyypillisesti vain sairaalan hoitopäivämaksuja, eivätkä esimerkiksi kuntoutusta.

Väestön demografian rakennetta pyritään parantamaan lisäämällä työperäisen maahanmuuton houkuttelevuutta. Mikäli ulkomaalaiset henkilöt jäävät pysyvästi Suomeen, vakuutusyhtiöiden tulee löytää keino palvella myös heitä. Tällä hetkellä ulkomaalaisten osuus näyttää kasvavan väestössä ja he ovat jatkossa myös enemmän erilaisten palveluiden piirissä. Vakuutusten myöntämisen osalta haasteita syntyy, kun ulkomaalaisilla henkilöillä ei ole antaa terveys selvitystä tai asiointille ei löydy yhteistä kieltä. Asioiden selvittäminen esimerkiksi tulkin välityksellä voi vaatia normaalista poikkeavia toimenpiteitä ja tätä kautta enemmän resursseja.

4.4 Teknologiset muutokset

4.4.1 Datan kasvava määrä

Mobiiliteknologia, sairauskertomukset, vakuutusyhtiöiden korvauksiin liittyvä data, potilasrekisterit ja laboratorioiden testitulokset muodostavat yhdessä suuren määrän dataa. Asiantuntijapaneeli kokeekin, että dataa keräämällä ja analysoimalla voidaan vaikuttaa vakuuttamiseen merkittävästi. Vakuutusyhtiöt osaavat analysoida kertyvää dataa tehokkaasti ja erityistä potentiaalia nähdään terveydenhuollon toimijoille kertyvää dataa kohtaan, kun kyseistä dataa käyttämällä voidaan vakuutustuotteet rakentaa ja hinnoitella riskivastaavammaksi.

Ihmisillä on kiinnostus heistä kerättyä dataa kohtaan. Terveystieteen liittyvistä tiedoista laboratoriotutkimuksen tulokset ja lääkereseptit herättävät eniten kiinnostusta. Vähiten ollaan kiinnostuneita painosta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Ihmiset haluavat myös tietää, minkälaiset toimijat keräävät heistä tietoa, minkälaista tietoa heistä kerätään ja miten tätä tietoa käytetään. Lisääntyneessä määrin ollaan myös kiinnostuneita siitä, miten oman datan hallinnointiin on mahdollista vaikuttaa. Tärkeimmäksi koetaan mahdollisuus päästä näkemään omia terveystietoja ja mahdollisuus korjata tiedoista löytyviä mahdollisia virheitä (Sitra: Hyvinvointitietoa koskeva asennetutkimus kansalaisille ja ammattilaisille). EU:n tietosuojasääntöjä uudistettiin toukokuun lopussa 2018. Yleisen tietosuoja-asetuksen perusteella (GDPR: General Data Protection Regulation) kaikkien EU:ssa toimivien yritysten tietosuojaa koskevia sääntöjä tiukennettiin, jotta kansalaiset voisivat hallita tietojaan paremmin ja yritykset hyötyvät tasavertaisista toimintaedellytyksistä. Direktiivin tarkoituksena oli selkeyttää olemassa olevaa vuonna 1995 tullutta direktiiviä vaatimusten ja toimintatapojen osalta. Yksi merkittävimmistä muutoksista oli henkilön mahdollisuus saada hänestä kerätyt tiedot itselleen ja oikeus tulla unohdetuksi. (EU 2018)

Data siiloutuu erilaisille toimijoille, sillä jokainen henkilö omistaa oman datansa ja henkilötietojen suojaamislainsäädäntö määrittelee, miten dataa voidaan siirrellä. Tietojen luovuttaminen vakuutusyhtiön käyttöön jakaa ihmisten mielipiteitä. Ihmiset ovat valmiimpia antamaan terveystietojaan terveystieteen tutkimuksen ja tieteellisen tutkimuksen käyttöön, mutta noin viidennes suomalaisista ei luovuttaisi tietojaan vakuutusyhtiölle edes alennusten saamiseksi. Noin viidennes olisi valmis antamaan luvan tietojen vapaaseen käyttöön, ja noin puolet suomalaista antaisi terveystietonsa vakuutusyhtiölle, jos henkilö antaa siihen itse erillisen luvan.

Terveystietojen lisäksi noin joka neljännes suomalainen ei halua luovuttaa geenitietojansa vakuutusyhtiön käyttöön. Niin ikään joka viidennes vakuutettu antaisi geenitietonsa vapaasti vakuutusyhtiön käyttöön ja reilu puolet antaisi vakuutusyhtiölle luvan käyttää geenitietojansa luvanvaraisesti. (Sitra: Hyvinvointitietoa koskeva asennetutkimus kansalaisille ja ammattilaisille) Sähköinen potilastietojen arkistointi mahdollistaa tietojen keräämisen kootusti yhteen paikkaan, jonka avulla esimerkiksi hoitavalla lääkärillä on mahdollisuus tehdä paras mahdollinen diagnoosi kattavien taustatietojen avulla. Näitä taustatietoja ovat muun muassa potilaan hoitohistoria ja erilaiset kuvantamiset ja laboratoriotestien tulokset. (Tresp ym. 2016)

Ainakin toistaiseksi kyseinen data on hieman hankalasti saatavilla lainsäädännön vuoksi, kun datan kerääminen ja hyödyntäminen on rajoitettua. Vakuutusyhtiöiden kannalta on merkittävää rakentaa sellainen uskottavuus ja luottamus, jotta asiakas haluaa ja uskaltaa luovuttaa datansa eteenpäin. Datan tarkoituksena ei siis olisi käyttää sitä yksilöä vastaan, vaan datan avulla voitaisiin laajemmassa ymmärryksessä auttaa suurta joukkoa ja esimerkiksi kehittää laajemmalle joukolle terveyttä edistävä vakuutusratkaisu.

4.4.2 Vakuutus- ja korvausprosessien digitalisaatio

Vakuutusyhtiöiden tulee yhtenäistää toimintaansa, lisätä käsittelyn automaatioastetta ja joustavuutta toimintatapoihinsa ja rakenteisiinsa kehittääkseen liiketoimintaansa. Tätä tarkoitusta varten yhtiöt ovat lisänneet automaatiota ja robotiikkaa vakuutus- ja korvaustoiminnassaan. Keskeistä on määrittää, onko nopea ja halpa työ automaattisten prosessien kautta kannattavampaa kuin ihmisen tekemä manuaalinen työ. Tätä varten esimerkiksi korvauskäsittelyn automaatioastetta voidaan muokata tarkoitukseen sopivaksi, kun erilaisten korvausprosessien automaatioasteiden taloudellisia ja toiminnallisia hyötyjä verrataan toisiinsa. (Braunwarth, Kaiset & Müller 2010, 29)

Vakuutusosalalla tehtävää työtä leimaa merkittävästi datakeskeisyys ja suoritettavien tehtävien toistettavuus. Tyypillisesti näitä töitä ovat riskinvalinta ja korvauskäsittely, jotka molemmat vaativat perinteisesti suuren määrän manuaalisesti järjestelmään syötettävää dataa, mikä kasvattaa käsittelyn kustannuksia ja lisää inhimillisten virheiden riskiä. Koska käsittely ydin perustuu samankaltaiseen sääntöihin perustuvaan toimintaan, työ voidaan siirtää automaation ja robotiikan käsiteltäväksi, jolloin käsittelystä tulee nopeampaa ja tarkempaa. Lainsäädännöllisestä

näkökulmasta viranomaisvaatimukset täytetään paremmin inhimillisten virheiden vähentyessä. (Tayeb 2017)

Asiantuntijapaneeli näkee, että tekoäly, robotiikka ja automaatio tulevat muuttamaan toimintaa laaja-alaisesti vakuutuksen myöntämisestä korvauksen hakemiseen. Vastuunvalinnan tekeminen nykyisellään vaatii paljon resursseja, kun useammasta hoitolaitoksesta tulleita erilaisia papereita käydään läpi vakuutuksen myöntämistä varten. Tulevaisuudessa digitalisaation avulla esimerkiksi vastuunvalinnan ja korvausten maksamisen prosessia on mahdollista nopeuttaa, tehostaa ja inhimillisten virheiden määrää vähentää. Automaatio on osaltaan jo tullut mukaan vakuutusyhtiöiden korvaustoimintaan, mutta sen määrä tulee todennäköisesti vielä kasvamaan merkittävästi tulevaisuudessa. Tarkoituksena on, että tavalliset korvaushakemukset voidaan siirtää automaatille käsiteltäväksi ja vaativamman asiakaspalvelutapaukset siirretään ihmisille. Jotta robotiikka ja automaatio toimii oikein, yhtiöiden ja asiakkaiden välille pitää löytyä luottamus väärinkäytösten minimoimiseksi. Luottamuksen lisäksi analytiikka tuo myös vakuutuspetosten hallinnan uudelle tasolle.

4.4.3 Mittalaitteet

Mobiililla terveydenhuollolla tarkoitetaan terveyden tarkkailemista ja mittaamista missä ja milloin vain. Älypuhelimet, älykellot, erilaiset rannekkeet, headsetit ja ohjelmistot auttavat sairauksien ennaltaehkäisyssä, varhaisessa sairauksien tunnistamisessa ja hoidossa. Teknisestä näkökulmasta katsottuna laitteet auttavat erityisesti terveydentilan tarkkailemisessa ja muutosten ennakoimisessa (Tresp ym. 2016). Laitteet tarkkailevat ja mittaavat muun muassa ruumiinlämpötilaa, verenpainetta ja sydämen sykettä, ja langattomien sensoreiden ja mobiilin verkon avulla potilaiden terveyteen liittyvää dataa voidaan kerätä ja tallentaa pilvipalveluihin, jolloin dataan päästään käsiksi milloin tahansa ja mistä tahansa. Oppivassa terveydenhuollon ympäristössä datan analysoinnin avulla sairauksia voidaan diagnosoida tehokkaammin, hoidosta voidaan päättää paremmin ja sairauksien ilmentyvyyttä voidaan ennustaa. Vaikka dataa on saatavilla valtava määrä, data on monistrukturoidussa muodossa, jolloin relevantin tiedon löytäminen nopeasti on haastavaa. Erilaisten parametrien avulla voidaan luoda ennustavia malleja, joilla on mahdollista ennustaa tulevaisuuden terveystrendejä. (Sahoo, Mohapatra & Shih-Lin 2016)

Noin viidennes suomalaisista käyttää aktiivisuusranneketta, älypuhelinta tai muuta vastaavaa laitetta oman päivittäisen aktiivisuuden seuraamiseksi. Iän mukaan tarkasteltuna nuoret 15-19 –vuotiaat henkilöt käyttävät laitteita muita useammin ja vähiten käyttäjiä löytyy yli 64 –vuotiaiden keskuudesta. On huomioitavaa, että vajaa kolmannes olisi valmis antamaan aktiivisuusrannekkeen tai muun vastaavan laitteen tiedot vapaasti vakuutusyhtiön käyttöön ja reilu puolet jakaisi tiedot luvanvaraisesti vakuutusyhtiön kanssa. Terveystietoihin verrattuna ihmiset ovat siis valmiimpia jakamaan tietoja aktiivisuudestaan kuin terveydestään vakuutusyhtiölle. (Sitra: Hyvinvointitietoa koskeva asennetutkimus kansalaisille ja ammattilaisille)

Tällä hetkellä edellä mainittu terveysteknologia on vielä uutta ja markkinat verrattain pienet, mutta niillä on valtava potentiaali esimerkiksi kroonisten kansantautien hoitamisessa tulevaisuudessa. Kännykkäsovellus voi seurata muun muassa verenpainetta kustannustehokkaammin kuin verenpaineen mittaaminen perinteisesti terveydenhuollon ammattilaisen luona. Lisäksi arkirutiineihin sidottu mittaaminen antaa mahdollisuuden puuttua tilanteeseen vain silloin kun tarve sen vaatii. Vaikka teknologian tuoma hyöty on tunnistettu sekä kustannuspuolella että tautien ehkäisemisessä, ihmiset eivät ole massoittain vielä omaksuneet uutta teknologiaa osaksi arkipäiväistä elämää. Asiantuntijoiden mukaan vakuutusyhtiöille olisikin merkittävää löytää sellainen teknologia, johon vakuutusyhtiöt ja asiakkaat voisivat sitoutua, josta saataisiin vakuutusliiketoiminnalle tilastollisesti merkittävää hyötyä.

5 VAPAAEHTOISEN SAIRAUSKULUVAKUUTTAMISEN NYKYTILANNE JA TULEVAISUUDEN SKENAARIOT

Tämä osio muodostaa tutkielman toisen empiirisen luvun. Luvussa luodaan katsaus vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanteesta tulevaisuuteen kolmen vaihtoehtoisen skenaarion avulla. Nykytilanne on kartoitettu asiantuntijoilta ensimmäisen haastattelukierroksen aikana, ja heille esitetyt kysymykset löytyvät ensimmäisen liitteen (liite 1) ensimmäisestä teemasta ”Sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne”. Tulevaisuuden vaihtoehtoiset skenaariot on rakennettu perustuen luvussa neljä esitettyihin muutostrendeihin ja asiantuntijoiden toiseen haastattelukierrokseen, jonka kysymykset on esitelty liitteessä kolme (liite 3). Luvun lopuksi arvioidaan luotuja skenaarioita niiden käyttökelpoisuuden ja terveyden vakuuttamisen erityiskysymysten näkökulmista.

5.1 Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne

Asiantuntijajaneeli kuvailee vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta Suomessa hyvin laaja-alaiseksi vakuutus tuotteeksi, jonka voidaan nähdä olevan osa henkilön perusturvaa vauvasta vaariin. Nykyisin puhutaan myös paljon terveysvakuutuksista, sillä keskustelua pyritään viemään terveydenhoitoon ja hyvinvointiin sen sijaan, että puhuttaisiin vain sairauden hoitokulujen korvaamisesta. Kyseessä on turvatuote, joka tuo mukanaan valinnanvapautta siten, että se mahdollistaa asiakkaan oman valinnan siihen, kuinka hän hoitaa itseään tai perhettään. Vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta voidaan kuvailla myös rahoitusvälineeksi, jonka ostamalla vakuutettu saa eräänlaisen palvelusetelin (eng. voucher) tulevaisuuden sairaalapalveluiden tai terveydenhuoltopalveluiden rahoittamiseksi.

Vapaaehtoisilla sairauskuluvakuutuksilla on hyvin olennainen merkitys monessa mielessä osana vakuutusyhtiön tuotevalikoimaa. Ensinnäkin sairauskuluvakuutus on oleellinen tuote yksityisasiakkuuden tarpeita vastaavan vakuutusratkaisun tekemiseksi. Toiseksi sairauskuluvakuutus on merkittävä osa asiakaspysyvyydessä, asiakastyytyväisyydessä ja olennainen osa kasvussa. Perinteisesti vahinkovakuutusyhtiö on Suomessa moottoriajoneuvovakuuttaja (ja joissain määrin kotivakuuttaja) ja tarjouspyynnöt tulevat useimmiten autovakuutuksesta, jonka liitteenä kotivakuutuksen lisäksi otetaan

henkilövakuutuksia. Kysymys on oikeastaan myös siitä riippuvainen, että minkälaisesta ikäryhmästä on kysymys. Nuoret ja terveet ihmiset eivät koe vapaaehtoista henkilövakuutusta tärkeäksi, mutta pienten lasten vanhemmat haluavat vakuuttaa lapsensa, jotta he pääsevät pienen lapsen kanssa hoitoon halutessaan.

Tällä hetkellä henkilövakuuttaminen on vakuutusyhtiöiden tuotevalikoimassa ja markkinoilla jäänyt suhteessa marginaalituotteeksi esimerkiksi autoihin ja kotiin verrattuna, mutta jatkossa henkilövakuuttamisen kautta käydään yhä enemmän kilpailua. Terveys ja hyvinvointi ovat kasvavia trendejä ja vakuutusrahoitteisen terveydenhuollon osuus tulee lisääntymään tulevaisuudessa, jonka vuoksi kilpailu tulee kiristymään. Tuotteessa on paljon potentiaalia ja tuotteen markkinat voivat kasvaa tulevaisuudessa bruttokansantuotetta nopeammin. Markkinat ovat kasvaneet kuitenkin tähän mennessä yllättävän tasaisesti osittain sen vuoksi, että poliittisella kentällä on paljon epävarmuutta muun muassa sote-uudistuksen vuoksi. Yhtiöt ovat odottavalla kannalla ja luovat mahdollisia skenaarioita tulevaisuuden vakuuttamisen tarpeista. Markkinoilla voi tulla myös muutos perinteiseen kilpailuasetelmaan, jos suuret terveysyritykset alkavat toimia kuin vakuutusyhtiöt ja alkavat kantaa asiakkaan riskiä kuukausihinnalla.

Vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen kannattavuuden yleisilmettä voidaan luonnehtia kannattavaksi liiketoiminnaksi, joskaan kyse ei ole erityisestä kermankuorintahinnoittelusta. Markkina ja kilpailu ovat osaltaan huolehtineet siitä, miltä tuotteen hinnoittelu ja kannattavuus näyttäytyy tänä päivänä. Muihin vakuutustuotteisiin verrattuna sairauskuluvakuutus on yleisesti ottaen heikommin kannattava vahinkosuhteella mitaten, mutta suuren joukon kesken riskiä on mahdollista vakuutuksen perusidean mukaan hajauttaa muiden sairauskuluvakuutusten ja muiden vakuutustuotteiden kesken. Tuotteen kannattavuus vaihtelee paljon vakuutetun iän ja asuinpaikan mukaan, kun vakuutuksen tarve ja käyttö vaihtelee. Vanhemmat ikäluokat tarvitsevat yleisesti ottaen enemmän sairaanhoitopalveluita nuoriin verrattuna ja alueellisia eroja löytyy julkisen puolen terveyskeskusten toimivuuden ja yksityisten hoitolaitosten käyttämisen suhteen. Kannattavuutta voidaan säädellä muun muassa hinnoittelulla ja riskinvalinnalla. Yhä useammin hallinta keskittyy hoitoketjun vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen, jolla nähdään olevan hyvin olennainen merkitys vahinkomenon hallintaan tulevaisuudessa.

5.2 Tulevaisuuden skenaariot

5.3.1 Taloudellinen mukautuminen

Terveystalouden kehittymisen aiheuttavien euromääräisten sairauten kustannusten kasvaessa vakuutusyhtiöt keskittyvät asiakkaidensa hoitoketjujen nopeuteen, hoidon tarkoituksenmukaisuuteen ja kokonaishoitokustannuksen yhteissummaan. Perinteisesti ajateltuna vakuutusyhtiöt toivovat lääkärin määräävän vain välttämättömät hoitotoimenpiteet, mutta lääkärit huolehtivat asiakkaidensa kanssa sairauten hoidosta pääsääntöisesti hoito edellä kustannusten sijaan. Vakuutusyhtiöt hallitsevat hoitoketjujen tehokkuutta lääkärikeskusten kanssa ja analysoivat datasta kokonaishoidosta aiheutuvia kustannuksia. Mikäli jokin hoitolaitos tuottaa terveydenhuollon palveluita tehokkaammin kuin muut hoitolaitokset, vakuutusyhtiöt palkitsevat tehokkuudesta siirtämällä vakuutusasiakkansa heille hoidettavaksi.

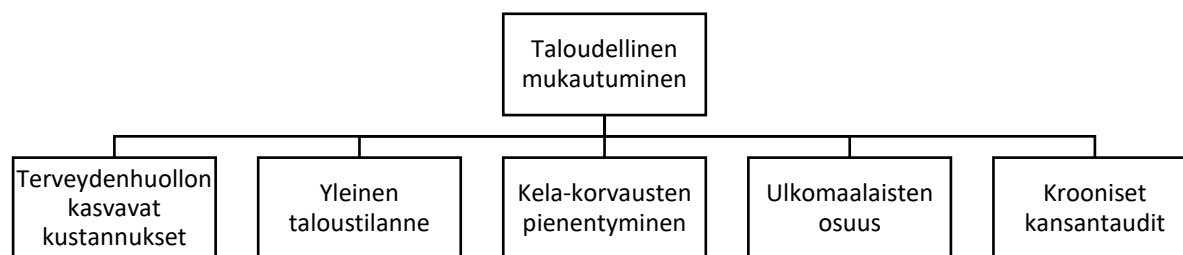
Kustannuspainetta syntyy myös Kela-korvausten muutoksista, kun korvaukset lääkärinpalkkioista ja lääkkeitä laskevat nykyistä pienemmäksi. Kela-korvausten pienentyttyä asiakkaan itse maksettava osuus hoitokustannuksista nousee, jolloin vakuutusyhtiöiden sairauskuluvakuutusten korvausmeno kasvaa. Mikäli kokonaishoidosta aiheutuvat kustannukset kasvavat hoitolaitoksesta riippumatta, yhtiöt joutuvat tarkastamaan uudelleen vakuutustensa hintoja ja korvattavuuksia. Terveystalouden kasvavien kustannusten vaikutus jää kuitenkin pieneksi, sillä vakuutusten sisältöä voidaan päivittää vuositasolla ja tuote hinnoittelee tällöin itse itsensä.

Yleisen taloustilanteen laskusuhdanteessa ihmiset eivät hanki vapaaehtoisia vakuutuksia lisää. Vaikka vakuutus tuo taloudellista turvaa sairauten koittaessa ja auttaa erityisesti pienituloisia kotitalouksia taloudellisesti, kotitalouden niukoilla resursseilla ei ole mahdollisuutta hankkia vapaaehtoisen vakuutuksen tuomaa lisäturvaa, jos esimerkiksi rahat on pakko käyttää sillä hetkellä muuhun kulutukseen. Yksilöt arvoivat vakuutuksesta saatavaa hyötyä vakuutusmaksun hintaan, muuhun kulutukseen ja sairaanhoidon jälkeiseen terveydentilaan nähden, sillä vakuutuksiin käytettävä raha on pois muusta kulutuksesta. Laskusuhdanteessa yritykset eivät halua irtisanoa vapaaehtoisia vakuutuksia, sillä kynnys työntekijöille annetun edun poistamiseen on suuri.

Elintapoihin liittyvien kroonisten kansantautien merkitys ei tule olemaan suuri, sillä vakuutusyhtiöt pystyvät vakuutuksen myöntämisen rajoituksilla, tuotteidensa hinnoittelulla ja

vakuutusehdoin sopeutumaan tilanteeseen. Tällä tavalla vakuutusyhtiöt pitävät tuotteensa vahinkosuhteen kannattavana ja estävät haitallisen valikoitumisen kierteen syntymisen. Vastuu ongelman ratkaisemisesta siirtyy siis yksilöltä yhteiskunnalle. Elintapoihin liittyviä sairauksia on mahdollista ennaltaehkäistä elämäntapoihin liittyvillä muutoksilla, jolloin yhteiskunnan motivaatio ongelman ratkaisemiseen on suuri, koska Suomessa ainoastaan sosiaalivakuutus kantaa yksilön riskiä koko elämänkaaren ajan.

Ihmisten liikkuvuus eri maissa kasvaa maahanmuuton vuoksi. Ulkomaalaisten osuus suomalaisessa väestössä kasvaa, jolloin samalla kasvaa heidän vakuutustarpeensa, kun he siirtyvät suomalaisen terveydenhuollon piiriin. Vakuutusyhtiöt kehittävät ja muuttavat prosessejaan siten, että myös ulkomaalaisia asiakkaita on mahdollista palvella hyvin esimerkiksi kieliongelmista huolimatta. Ulkomaalaisten henkilöiden kasvavasta määrästä huolimatta heidän osuutensa vapaaehtoisten sairauskuluvakuutettujen vakuutuskannasta ei muodostu merkittäväksi kantaväestöön verrattuna, sillä he hoitavat terveyttään tyypillisesti julkisella sektorilla.



Kuvio 14 Taloudellisen mukautumisen skenaario

Kuvio 14 esittää Taloudellisen mukautumisen skenaarion keskeiset rakenneosat, joita ovat taloudellisista muutostrendeistä terveydenhuollon kasvavat kustannukset, yleisen taloustilanteen kehitys ja Kela-korvausten pienentyminen. Sosiaalisista trendeistä skenaario sisältää ulkomaalaisten henkilöiden kasvavan osuuden ja elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit.

5.2.2 Poliittinen pyörremyrsky

Terveydenhuollon palvelurakenteiden muutokset etenevät asteittain pyrkiessään nopeampaan hoitoon pääsyyn ja valinnanvapauden lisäämiseen. Tästä huolimatta kuitenkin ihmiset kokevat tarpeelliseksi vakuuttaa itsensä vapaaehtoisella vakuutuksella, sillä valinnanvapauden

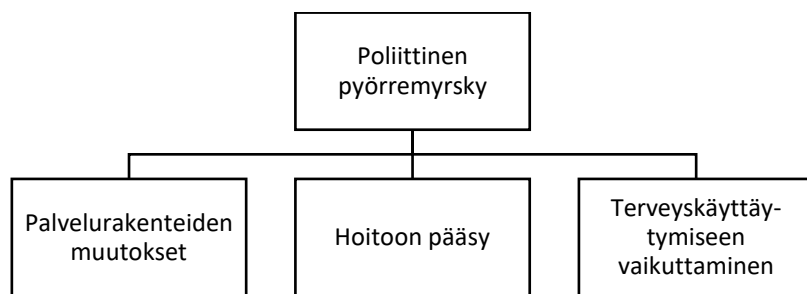
toteutuminen käytännössä on edelleen epävarmaa ja ihmiset haluavat päästä vaikuttamaan omaan hoitoketjuunsa joustavasti. Koska rakennemuutokset toteutuvat vaiheittain, muutokseen sisältyvään epävarmuuteen löydetään vakuutus pohjainen ratkaisu. Tämä tarkoittaa, että vakuutusmarkkinat sairauden vakuuttamisen ympärillä eivät tule pienenemään. Samanaikaisesti käydään myös keskustelua siitä, että muuttuuko rakennemuutosten mukana suomalaisen terveydenhoidon malli lähemmäksi kohti hollannin mallia, jossa sairauskuluvakuutus otetaan lakisääteisesti kaikille kansalaisille ja vakuutusyhtiö pakotetaan kantamaan riskiä vain tietyllä katteella. Mikäli terveydenhuoltoa aletaan järjestää entistä enemmän vakuutusrahoitteisesti, saattaa seurauksena syntyä tilanne, jossa lainsäädännön keinoin tulevaisuudessa myös vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia aletaan pakkomyöntämää asiakkaille.

Terveydenhuollon palvelurakenteiden kysymysten lisäksi terveydenhuolto tulee keskittymään julkisilta terveystalouden tuottajilta enemmän yksityisille palveluntuottajille. Osassa maata kuntien terveyskeskukset toimivat hyvin, hoito on laadukasta ja hoitoon pääsee nopeasti, kun taas toisaalla palveluita siirretään yhä enemmän yksityisten lääkärlaitosten tuotettavaksi. Osa vakuutusyhtiöistä omistaa osan yksityisistä lääkäriasemista tai on solminut yhteistyöverkostoja yksityisten terveystalouden tuottajien kanssa, jolloin asiakasvirtaa valuu yhä enemmän yksityisille lääkärikeskuksille. Lisäksi edelleen osa kunnista tuottaa palvelunsa kuntalaisilleen ostopalveluna oman terveyskeskuksen ylläpitämisen sijaan. Palveluntuotannon keskittyessä muutaman ison lääkärikeskuksen käsiin, hoitoon pääsyn nopeus ja hintataso sanellaan muutaman palveluntuottajan toimesta markkinoilla.

Terveystalouden kysynnän kasvaessa lääkäripalkkioiden yksikköhinnat kivijalkavastaanotoilla eivät tule laskemaan, vaan hinnat voivat jopa hieman nousta. Teknologian kehittyessä kuitenkin osa lääkärivastaanotoista siirtyy kivijalasta digitaaliselle alustalle, jolloin hoidon yksikköhinta laskee. Vakuutusyhtiöt toimivat yksilöiden ja palveluiden tuottajien välissä esimerkiksi tarjotakseen rahoituksen hoidolle, joten vakuutusyhtiöt kannustavat asiakkaitansa siirtymään hoitamaan terveyttään digitaaliselle alustalle silloin kun sairaus on mahdollista hoitaa etänä. Tällöin vakuutusyhtiöt hyötyvät rahallisesti pienemmästä korvausmenosta ja asiakkaat hyötyvät muun muassa nopeamman hoitoon pääsyn lisäksi siitä, että heidän elinkaarelleen käytettävää vakuutusmäärää käytetään vähemmän kivijalkavastaanottoon verrattuna.

Vakuutusyhtiöt eivät kykene löytämään merkittäviä keinoja vaikuttaa suoraan ihmisten terveyskäyttäytymiseen, sillä vakuutusyhtiöiden käytössä olevat keinot liittyvät käytännössä katsoen terveysneuvontaan ja valistamiseen. Terveyttä edistävien ruokatottumusten kehityssuunta on epäedullinen ja eläkeikää lähestyvien henkilöiden alkoholin riskikäyttö lisääntyy. Vakuutusyhtiöt yrittävät hallita riskiä terveysneuvonnalla erityisesti keski-ikäiseen väestöön kohdennettuna, joilla haitat ovat yleisiä lähestyttäessä eläkeikää. Sairauksien ennaltaehkäisystä koituvia kustannuksia ei kuitenkaan vakuutusehtoihin perustuen jaeta yhdessä vakuutusyhtiön kanssa, joten ihmisten motivaatio ennaltaehkäisyyn käytettävän rahan suhteen on pienempi kuin verrattuna tilanteeseen, jossa yhtiö maksaisi osan näistä kustannuksista.

Yritysvakuutusten puolella ennaltaehkäisevää kannustinta rakennetaan yhdessä työnantajan kanssa vakuutusmaksun ja vakuutusmäärän kautta. Vapaaehtoisen yrityksen ottaman sairauskuluvakuutuksen korvausmäärä pysyy edelleen kymmenen tuhannen euron maksimimäärässä, jolloin motivaatio sairauksien ennaltaehkäisyyn on korkea yksityistä vakuutusta huomattavasti pienemmän vakuutusmäärän vuoksi. Yritysten ottaman vakuutuksen maksimimäärän nostamisesta kuitenkin käydään keskustelua sairauden kokonaishoitokustannusten noustessa, kun korvausmäärä tulee vastaan entistä nopeammin. Vakuutusmäärän nostaminen nähdään poliittisena päätöksenä, kun määritetään, milloin korvausmäärä alkaa olla niin korkea, että sitä aletaan katsoa vakuutetun verotettavaksi tuloksi.



Kuvio 15 Poliittisen pyörremyrskyn skenaario

Kuvio 15 esittää Poliittisen pyörremyrskyn skenaarion osatekijät. Skenaarion poliittisia muutostrendejä ovat palvelurakenteisiin kohdistuvat muutokset ja hoitoon pääsy joko kivijalkavastaanotolle tai digilääkärille. Sosiaalisista trendeistä terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen sisältyy Poliittisen pyörremyrskyn skenaarioon.

5.2.3 Digitaalinen vallankumous

Terveydenhuollosta kertyvän datan ansiosta vakuutusyhtiöt kykenevät hyödyntämään asiakkaidensa terveysdataa sekä yksilötasolla että massatasolla. Vakuutusyhtiöiden ydinosamisen, eli datan tehokkaan analysoimisen, merkitys tulee kasvamaan, kun terveydenhuollon toimijoille kertyvää dataa käyttämällä voidaan rakentaa vakuutustuotteiden sisältö ja hinnoittelu riskivastaavammaksi. Terveydenhuollosta kertyvän datan potentiaalia kyetään hyödyntämään yhä paremmin vuositasen muutoksia tehdessä, mutta ongelmalliseksi koetaan edelleen henkilöriskin hallinta lyhyemmällä aikajaksolla, kuten kvartaalitasolla tai jopa reaaliaikaisesti. Tämä johtuu siitä, että kaikki ihmiset eivät ole valmiita luovuttamaan tietojaan vakuutusyhtiölle edes vakuutusmaksualennusten saamiseksi. Datan luovuttamisen lisäksi datan kerääminen ja hyödyntäminen on edelleen EU:n ja kotimaan lainsäädännön vuoksi rajoitettua. Näiden syiden vuoksi vakuutusyhtiöt pyrkivät rakentamaan asiakkailleen sellaisen uskottavuuden ja luottamuksen, että asiakas haluaa ja erityisesti uskaltaa luovuttaa datansa eteenpäin vakuutusyhtiön käyttöön.

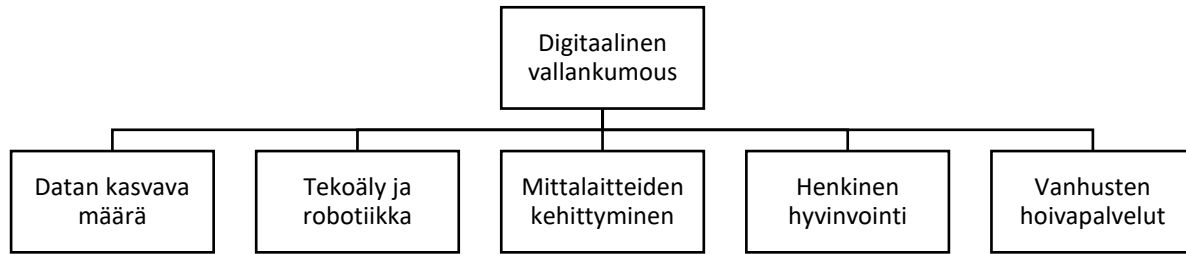
Tekoäly ja robotiikka tulevat laaja-alaisesti mukaan muuttamaan toimintaa vakuutusten myöntämisestä korvausten hakemiseen. Vakuutusten myöntäminen ja korvauskäsittelyn automaatio tehostuu siten, että ihmiset ratkaisevat vain sellaisia erityisen haastavia tapauksia, joiden ratkaiseminen ei perustu normaaleihin sääntöihin. Tämän vuoksi perinteisille korvausneuvojille nähdään edelleen tarve. Digitalisaation myötä vakuutusten myöntämisen prosessi tehostuu siten, että eri toimijoilta tulleita tietoja, kuten hoitolaitoksilta tulleita potilaskertomuksia, käsitellään automaation avulla alati tehokkaammin ja oikeudenmukaisemmin. Lisäksi robotiikka ja automaatio vähentävät yksittäisen vahinkotapauksen korvauskäsittelyyn vaadittavaa aikaa ja tunnistavat paremmin korvausten haussa ilmi tulevia väärinkäytöksiä. Kuten tietojen luovuttaminen vakuutusyhtiön käyttöön, vakuutusyhtiöt pyrkivät edelleen rakentamaan luottamusta yhtiön ja asiakkaan välille myös mahdollisten automaation väärinkäytösten estämiseksi.

Terveydenhuollon mittalaitteiden kehittyessä terveydentilan seuraaminen ja erilaisten sairauksien tunnistaminen paranee. Ihmiset käyttävät esimerkiksi aktiivisuusrannekkeita ja älypuhelimien terveyssovelluksia terveydentilansa tarkkailemiseen ja markkinoille tulee erilaisia muun muassa

puhelimeen liitettäviä välineitä, joiden avulla ihmiset kykenevät kotonaan tarkistamaan esimerkiksi verenpaineensa, sydänpainetta ja lapsensa sairastumisen korvatulehdukseen. Markkinoille ei kuitenkaan ole tullut ”kansanlaitetta”, jonka käyttöön vakuutusyhtiöiden asiakkaat olisivat valmiita sitoutumaan niin merkittävässä määrin, että laitteesta olisi yhtiölle tilastollista hyötyä sairastumisen henkilöriskin hallinnan kannalta. Edelleen osa ihmisistä innostuu uusista laitteista ja sovelluksista, mutta he ovat tyypillisesti terveempää ihmisryhmää. Vastavuoroisesti osa ihmisistä ei kiinnostu uudesta teknologiasta ja he eivät halua antaa tietojään aktiivisuudestaan vakuutusyhtiölle, sillä he pelkäävät vakuutusmaksun korotusta seurauksena riskipitoisesta käyttäytymisestä.

Teknologian kehittyessä myös työn luonne muuttuu. Erityisesti nuoremman sukupolven edustajat eivät enää työskentele konttoreilla kahdeksasta neljään viitenä arkipäivänä viikossa, vaan työn ja vapaa-ajan raja alkaa hämärtyä. Tämän vuoksi esimerkiksi henkisen hyvinvoinnin hankaluudet tulevat olemaan merkittäviä tulevaisuudessa, kun erilaiset työuupumuksen tekijät nousevat enemmän esille. Lisäksi yhteiskuntatasolla ongelmasta käydään keskustelua, jonka seurauksena ihmiset hakeutuvat herkemmin hoitoon ja diagnosoitujen mielenterveyden ongelmien lukumäärä kasvaa itsessään jo tämän vuoksi. Myös vakuutusyhtiöt tunnistavat henkisen hyvinvoinnin painoarvon ja potentiaalisen vakuutustoiminnassa, joten henkisen hyvinvoinnin tuotteistaminen osaksi sairauskuluvakuuttamista kasvaa.

Henkisen hyvinvoinnin lisäksi tuotteistamista tapahtuu myös vanhusten hoiva- ja kuntoutuspalveluiden saralla. Nykyisten vapaaehtoisten vakuutusten korvauksen rajoituksille nähdään muutostarve vanhuspalveluiden osalta, sillä väestön vanhenemisen vuoksi vakuutusten yläikärajaa nostetaan tai yläikäraja poistetaan, koska vakuutusyhtiöt haluavat olla mukana turvaamassa asiakkaidensa terveyttä koko elinkaaren ajan vauvasta vaariin. Yhtiöt tunnistavat kuitenkin muutoksen vaikutuksen yhtiön korvausmenoon, kun terveystalveluiden käytön lisääntymisen lisäksi kustannuksia alkaa mahdollisesti syntyä normaaliin sairaalan hoitopäivämaksujen lisäksi vanhushoidosta.



Kuvio 16 Digitaalisen vallankumouksen skenaario

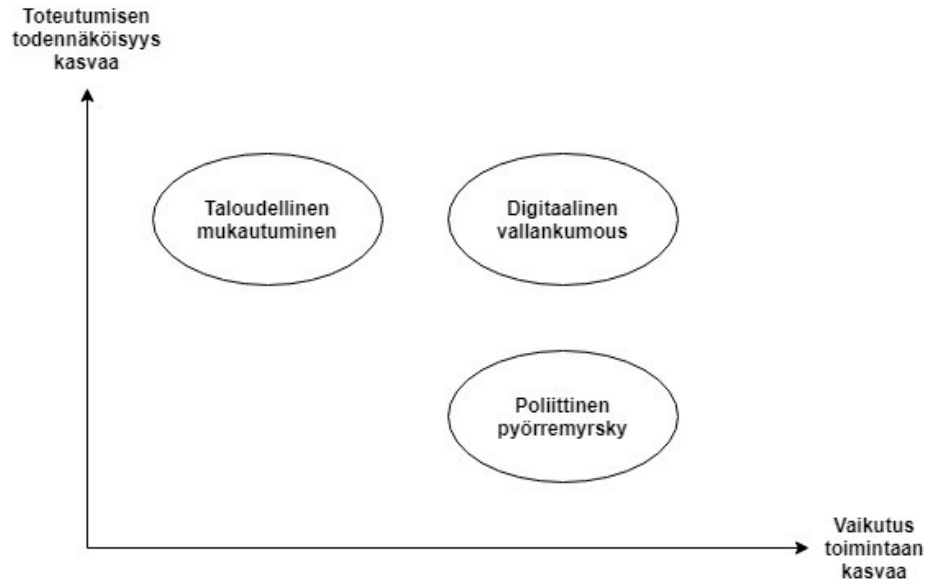
Kuvio 16 esittää Digitaalisen vallankumouksen skenaarion muutostrendit. Skenaariossa kasvava datan määrä, tekoälyn ja robotiikan mahdollisuudet sekä mittalaitteiden kehittyminen ovat teknologisista muutostrendeistä merkittävästi läsnä. Sosiaalisista muutoksista henkisen hyvinvoinnin tekijät ja väestön demografian muutokset ikääntymisen suhteen ovat skenaarion rakentumisessa merkittäviä.

5.3 Skenaarioiden arviointi

Durance ym. (2010, 1488) mainitsevat skenaarioiden luettavuudelle ja käytettävyydelle asianmukaisuuden, johdonmukaisuuden, todennäköisyyden ja tärkeyden sekä läpinäkyvyyden kriteerit. Asianmukaisuuden varmistamiseksi skenaarioissa esitetyt asiat kuvataan tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti siten, että esitetyt muutostrendit ovat olennaisia tutkimuksen aihealueen kannalta. Skenaariot on myös esitetty johdonmukaisesti siten, että niiden sisältö ei ole sisällöltään ristiriitainen. Tapahtumien todennäköisyyden kriteeri on täytetty asettamalla muutostrendien toteutumiselle kolmen vuoden aikajänne, johon rakennetut skenaariot perustuvat.

Kuviossa 8 esitetty epävarmuus/vaikuttavuus -nelikenttä olisi antanut mahdollisuuden myös neljännen skenaarion rakentamiselle, mutta tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti tämä skenario ei olisi täyttänyt edellä esitettyä tärkeyden kriteeriä, joten skenaarioiden lukumäärässä päädyttiin kolmen skenaarion rakentamiseen. Lisäksi luettavuuden ja käytettävyyden näkökulmasta muutostekijöiden huolellinen perusteleminen vaikuttaa merkittävästi skenaarioiden läpinäkyvyyteen, ja siksi muutostrendit on esitelty skenaarioita edeltävästi tarkemmin luvussa 4.

Skenaarioiden tulee olla myös mahdollisia, kuvastaa tulevaisuuden epävarmuutta, luoda näkemyksiä, haastaa vanhoja oletuksia ja olla riittävän erilaisia toisiinsa verrattuna (Durance ym. 2010, 1488). Kuvio 17 esittää skenaarioiden kohdistumisen todennäköisyys/vaikutus -akseleilla.



Kuvio 17 Skenaariot todennäköisyys/vaikutus -akseleilla

Edellä esitetyt kolme skenaariota kuvastavat tulevaisuuden epävarmuutta siten, että *Digitaalinen vallankumous* ja *Taloudellinen mukautuminen* esittävät sellaisia tulevaisuuden kehityssuuntia, joissa muutostrendit tulevat todennäköisesti toteutumaan tulevaisuudessa. Vastavuoroisesti *Poliittisen pyörremyrskyn* tapahtumien toteutumista leimaa suuri epävarmuus. Lisäksi jokainen skenaario on pyrkinyt luomaan uudenlaisia näkemyksiä muutostrendien vaikuttavuuden suhteen siten, että *Digitaalisen vallankumouksen* ja *Poliittisen pyörremyrskyn* muutostekijät tulisivat toteutuessaan vaikuttamaan vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen merkittävästi. *Taloudellisen mukautumisen* muutostrendit ovat myös niin ikään vaikuttavia, mutta vakuutusyhtiöt kykenevät sopeutumaan muutostekijöiden toteutumiseen siten, että muutokset eivät aiheuta taloudellista tappiota tai tappioiden vaikutus on korjattavissa.

Tutkielman kolme skenaariota on rakennettu erilaisista lähtökohdista valikoitujen asiantuntijoiden mielipiteisiin perustuen. Asiantuntijapaneelin näkemyksien painoksi voidaan nähdä heidän yhteenlaskettunsa reilu 110 vuoden työkokemus erilaisista vakuutusalan työtehtävistä. Skenaarioissa kuvattiin myös laajasti sairauskuluvakuuttamisen markkinaa eri näkökulmista ja

olemassa olevaa tietoa päivitettiin nykyhetkestä tulevaisuuteen. Näin ollen vanhojen oletusten haastamisen ja uusien näkemysten luomisen kriteerit täytetään skenaarioissa. Lisäksi skenaariot on rakennettu epävarmuus/vaikuttavuus -nelikenttään (kuvio 8) perustuen, joten ne eivät toista samoja muutostrendejä uudelleen jokaisessa eri tulevaisuudenpolussa. Tästä syystä skenaariot ovat myös erilaisia. Erilaisuudestaan huolimatta skenaariot muodostavat yhdessä kokonaisnäemyksen ja auttavat siten lukijaa hahmottamaan mahdollisia tulevaisuudentiloja kattavasti.

Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuuden skenaarioiden trendejä voidaan arvioida myös vertaamalla niiden sisältöä koko vakuutus- ja finanssialan megatrendeihin. Megatrendeillä tarkoitetaan toimintaan normaalia trendiä pidempään tai laajemmin vaikuttavaa sosiaalista, taloudellista, poliittista ja/tai teknologista muutosta. Megatrendit ovat monitahoisia ja niiden ymmärtäminen vaatii usein uusien näkökulmien luomista. Voutilainen ja Koskinen (2019) jakavat megatrendejä koskevassa tutkimuksessaan vakuutus- ja finanssialaa koskevat megatrendit alati monimutkaistuvaan sääntelyyn ja verotukseen, teknologian ja demografian muutoksiin ja muuttuviin liiketoimintamalleihin. (Voutilainen & Koskinen 2019)

Kuten myös vakuutus- ja finanssitoiminnassa, terveyttä ja henkilötietoja koskevaa sääntelyä uudistetaan ajan vaatimuksen mukaiseksi, josta toimii merkittävänä esimerkkinä Euroopan unionin vuonna 2018 esitelty tietosuoja-asetus (GDPR). Vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista koskeva sääntely ei siis rajoitu vain vakuutusalan omaan sääntelyyn, vaan sairauskuluvakuuttamista koskeva sääntely perustuu monen eri sääntelykohteen yhteiseen lopputulemaan. Teknologian ja demografian osalta tämän tutkimuksen tulosten yhtäläisyyksiä löytyy esimerkiksi digitalisaation muutosten (kuten palvelutuotanto ja hoitoon pääsy, datan kasvava määrä, korvaustoiminta) ja vakuutusten kannustinpohjaisuuden (esimerkiksi terveystäyttäytyminen ja mittalaitteiden kehittyminen) lisääntymisen osalta, joten nämä koko vakuutus- ja finanssialaa koskevat muutokset heijastuvat myös osaltaan vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen.

Muuttuvien liiketoimintamallien osalta vahinkovakuutusyhtiöiden vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen liiketoimintaa on Voutilaisen ja Koskisen tutkimuksen sijaan mielekkäämpää tarkastella esimerkiksi Porterin viiden kilpailuvoiman mallin kautta (Porter 2008). Porterin viiden kilpailuvoiman malli sisältää tässä tapauksessa nykyiset kilpailijat, uudet tulokkaat

ja korvaavat vakuutustuotteet sekä vakuutuksenottajien - että palveluntuottajien neuvotteluvoima. Nykyiset suomalaiset vahinkovakuutusyhtiöt (kuvio 5) tarjoavat hyvin samankaltaisia vapaaehtoisia sairauskuluvakuutustuotteita vakuutusten hinnan ja korvattavuuksien osalta. Nykyistä kilpailua koskevaa mahdollista muutosta voidaan kuitenkin pohtia siten, että tulevaisuudessa markkinoiden isot toimijat panostavat pieniä toimijoita enemmän vakuutuksen ympärillä olevien palveluiden (kuten palveluteknologian ja hoitolaitoskumppanuuksien) kehittämiseen, kun taas toisaalta pienet yritykset joutuvat pienempien resurssiensa vuoksi keskittymään enemmän vakuuttamisen perinteiseen ydinliiketoimintaan. Tämä saattaa johtaa tilanteeseen, jossa isot yritykset tarjoavat vakuutuksen palveluratkaisuna, jossa perinteinen vakuutus toimii vain palvelun ytimenä ja pienet yritykset kilpailevat pienemmällä vakuutuksen hinnalla pienempien toimintakulujensa ansiosta.

Markkinoilla toimivien nykyisten kilpailijoiden lisäksi markkinoille voi tulla perinteisten vakuutusyhtiöiden lisäksi uudenlaisia vakuutusyhtiöitä, kuten esimerkiksi verkkopohjaisia vertaisvakuutusyhtiöitä, joissa korvaukset tulevat vakuutusyhtiön sijaan muilta käyttäjiltä. Korvaavien tuotteiden osalta muutos voi tapahtua siten, että suuret terveystyrietykset muuttavat ansaintalogiikkaansa siten, että ne alkavat kantaa potilaidensa sairastumisen riskiä kuukausihinnalla. Tällöin vakuutusyhtiö poistuu kuviossa 3 esitetystä kolmen toimijan mallista ja terveydenhuolto muuttuu yksilön ja palveluntarjoajan väliseksi. Terveystyrietysten kasvaessa palveluntuottajien neuvotteluvoiman voidaan nähdä kasvavan, ja asiakkaiden vakuuttamisen erilaisten mahdollisuuksien lisääntyessä myös heidän asemansa ja neuvotteluvoimansa kasvaa.

5.4 Skenaarioiden erityiskysymyksiä

Taloudellisen mukautumisen skenaariossa merkittävät muutostrendit liittyvät sosiaalisiin ja taloudellisiin muutoksiin. Sosiaalisista muutoksista elintapoihin liittyvien kroonisten kansantautien vaikutusta pienennetään vakuutusyhtiöiden suorittamalla vastuunvalinnalla, jolloin samalla estetään haitallisen valikoitumisen muodostuminen yhtiön vakuutuskannassa. Kroonisten kansantautien sairastuvuuden riskin osalta ihmisten terveystyrietytymiseen vaikuttamisen onnistuminen olisi merkittävää, mutta ainakin toistaiseksi vastuu elintapoihin liittyvien sairauksien ehkäisemisestä kuuluu ensisijaisesti yksilölle ja yhteiskunnalle. Mikäli kuitenkin yhtiöt vakuuttavat asiakkaitaan tulevaisuudessa enemmän vauvasta vaariin -periaatteella, yhtiöiden

intressi sairauksien ennaltaehkäisyssä kasvaa, kun sairauksia ennaltaehkäistäessä voidaan vaikuttaa korvausmenon suuruuteen.

Taloudellisista muutoksista merkittävimmät muutostekijät koskevat terveydenhuollon kustannusten nousua ja yleistä taloustilannetta. Kustannusten nousu joko hoidon yksikköhintojen kasvun tai esimerkiksi Kela-korvausten poistumisen vuoksi vaikuttaa vakuutusyhtiöiden korvausmenoon, mutta yhtiöt voivat mukautua muutokseen muokkaamalla tuotteidensa sisältöä tai vaikuttamalla asiakkaidensa hoitoketjuun. Hoitoketjuun vaikuttaessa agentti-päämies-ongelma on merkittävästi läsnä, kun vakuutusyhtiöt haluavat motivoida ja palkita sellaisia hoitolaitoksia, jotka huolehtivat osaltaan myös vakuutusyhtiön eduista järjestämällä laadukkaan hoidon kustannustehokkaasti.

Poliittisessa pyörremyrskyssä sosiaaliset ja poliittiset muutokset ovat merkittäviä. Sosiaalisista muutoksista ihmisten terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen on epävarmaa, joskin siihen menestyksekkäästi vaikuttamalla yhtiöt kykenisivät ehkäisemään tehokkaasti moraalikadosta aiheutuvia ongelmia. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen liittyy merkittävästi sairauksien ennaltaehkäisyyn ja todetun sairauden onnistuneeseen hoitoon, kun ihmiset saataisiin motivoitua käyttäytymään ennen sairastumista riskiä kaihtavasti ja sairastuttuaan hoitamaan itseään oikein. Keskeisiä kohteita käyttäytymiseen vaikuttaessa ovat terveysliikunnan lisääminen, liiallisen alkoholin kulutuksen ja liikalihavuuden hillitseminen sekä lääkehoidon vaikuttavuuden tehostaminen. Näiden onnistuessa ihminen siirtyy pienempiriskiseen luokkaan ja haitallisen valikoitumisen kierteen syntymisen todennäköisyys pienenee vakuutuskannassa. Tästä syystä vakuutusyhtiöiden on tunnistettava sairauksien ennaltaehkäisyn tuomat mahdollisuudet, vaikka kyse ei ole puhtaasta vakuutustoiminnasta ennaltaehkäisevän hoidon kustannuksen toteutumisen ollessa varma.

Poliittisten muutosten osalta terveydenhuollon palvelurakenteiden muutokset liittyvät vakuutusyhtiöiden näkökulmasta siihen, kuinka vahvasti palvelut saattavat siirtyä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille, jolloin agentti-päämies-ongelma korostuu. Tähän ongelmaan yhtiöt ovat jo osittain varautuneet rakentamalla omia sairaaloita tai luomalla yhteistyökumppanuuksia yksityisten lääkärikeskusten kanssa. Poliittista epävarmuuden nähdään koskevan myös työnantajan ottaman vapaaehtoisen vakuutusten korvausmäärää, kun nykyinen

vakuutusmäärä täyttyy esimerkiksi vakavissa sairauksissa nopeasti. Mikäli korvaussumma nousisi, vapaaehtoisesta työnantajan ottamasta vakuutuksesta voisi tulla houkuttelevampi. Tämän seurauksena yhtiöt tavoittaisivat uusia asiakkuuksia, kasvattaisivat vakuutuskantaansa ja jakaisivat riskiä paremmin koko joukon kesken.

Digitaalisen vallankumouksen rakentuu teknologisista ja sosiaalisista muutostrendeistä. Teknologiset muutokset ovat osaltaan jo tulleet mukaan vakuutusyhtiöiden päivittäiseen toimintaan esimerkiksi korvauskäsittelyn automaation kautta, mutta robotiikan ja tekoälyn mahdollisuuksien nähdään laajenevan tulevaisuudessa. Datan avulla vakuutuskannasta voidaan löytää joko massa- tai yksilötasolla tilastollisesti merkittäviä tekijöitä, joiden avulla yhtiöillä on mahdollisuus tunnistaa esimerkiksi moraalikatoon liittyviä ongelmia sairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Datan avulla terveydentilaa voidaan tarkkailla tehokkaasti ja datasta voidaan johtaa erilaisia henkilökohtaisia terveystrendejä. Nämä trendit tunnistamalla voidaan teoriassa vaikuttaa sairauksia ennaltaehkäisevään moraalikatoon ehkäisemällä ilmenevä sairaus tai datan avulla jo todettua sairautta voidaan esimerkiksi lääkittää tehokkaammin, mikä poistaa käyttäytymisen moraalikadosta aiheutuvia ongelmia. Tässä onnistuakseen vakuutusyhtiöiden tulee löytää asiakkaidensa kanssa terveystietojen luovuttamisen suhteen sellainen luottamus, jonka avulla edellä esitetyt ongelmat saadaan ratkaistua.

Demografisten muutosten osalta vakuutusyhtiöiden voidaan nähdä kohtaavan haasteen tulevaisuudessa, kun se yrittää estää vakuutuskannassaan tapahtuvan haitallisen valikoitumisen kierteen, kun riskisten ikäryhmien osuus kasvaa vakuutuskannassa väestön ikääntymisen vuoksi. Ongelmaan voi puuttua lisäämällä sairauskuluvakuutettujen lukumäärää työikäisessä aikuisväestössä. Erityisesti nuoremman aikuisväestön keskimääräinen vuosittainen terveystilasto on suhteessa lapsia ja vanhuksia pienempi (kuva 13) ja terveydenhoitokuluista aiheutuvaa riskiä tasataan paremmin laajan kuin pienen joukon kesken vakuutuksen perusperiaatteen mukaisesti.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

Tämä luku esittelee tutkielman johtopäätökset ja yhteenvedon. Johtopäätökset aloitetaan katsomalla, miten tutkimuskysymyksiin on onnistuttu vastaamaan, jonka jälkeen arvioidaan tutkimuksen onnistumista. Lopuksi tutkimus nidotaan yhteen esittelemällä tutkimuksen arvoa ja mahdollisia jatkotutkimusongelmia.

6.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli aluksi täydentää olemassa olevaa sairauden vakuuttamisen teoriaa tutkimalla vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta. Nykytilanteen lisäksi tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti tutkimuksessa tunnistettiin markkinoilla tapahtuvia muutostrendejä ja luotiin muutostrendien vaikuttavuuden ja toteutumisen epävarmuuden arvioimisen avulla kolme erilaista tulevaisuuden skenaarioita, jotka toimivat kuvastavat tulevaisuuden epävarmuutta, haastavat vanhoja oletuksia ja luovat näkemyksiä esimerkiksi vakuutusyhtiöiden strategisen suunnittelun avuksi.

6.1.1 Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne

Ensimmäisen tutkimusongelma muodostettiin koskemaan sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta seuraavasti:

1. Mikä on vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne Suomessa?

Kysymyksen tarkoituksena oli täydentää teoriapohjaa selvittämällä vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen merkitystä asiakkaalle, tunnistamalla merkitsevyys osana vakuutusyhtiön tuotevalikoimaa, kuvaamalla sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta markkinoilla ja selvittämällä tuotteen kannattavuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Nykytilanteen selvittämisen perusteet rakennettiin tutkimuksen teoriaosuudessa esittelemällä terveyden vakuuttamisen teoriaa suomalaisen terveyden vakuuttamisen näkökulmasta. Suomalainen terveyden vakuuttaminen perustuu lakisääteiselle sosiaaliturvalle, jonka päälle yksilöt ja työnantajat voivat hankkia vapaaehtoisen vakuutuksen tuomaa lisäturvaa. Alalla on

paljon sääntelyä koskien muun muassa vakuutustoimintaa ja terveystietojen käsittelyä, ja terveyden vakuuttamisen markkinat ovat jakautuneet muutaman suuren toimijan käsiin, jonka lisäksi alalla toimii pienempiä vahinkovakuutusyhtiöitä.

Empiriaosuuden tulosten perusteella vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus on asiakkaalle turvatuote, jonka avulla he kykenevät rahoittamaan sairaalapalvelunsa tulevaisuudessa elinkaarensa ajan vauvasta vaariin. Vastavuoroisesti vakuutusyhtiöille tuote on olennainen osa asiakkaan kokonaisvaltaisen vakuutusratkaisun tekemistä ja tuotteen avulla halutaan lisätä asiakastytyvääisyyttä ja -pysyvyyttä. Markkinatilanne on kasvanut tasaisesti viimeisten vuosien aikana, mutta terveyden vakuuttamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävästi tulevaisuudessa. Yhtiöt ovat tällä hetkellä odottavalla kannalla ja ennakoivat tulevaisuuden muutostrendien vaikutusta sairauskuluvakuuttamiseen liittyen. Vaikka tuote ei ole vahinkosuhteella mitattuna yleisesti kannattavin vakuutustuote yhtiön tuotevalikoimassa, kyseessä on kannattavaa liiketoimintaa, ja yhtiöt voivat ohjata tuotteensa kannattavuutta monenlaisin keinoin.

Toisaalta itse riski henkilön sairastumisen ympärillä ei ole muuttunut merkittävästi, joten vakuutustuotteesta puhuessa terveyden vakuuttamisen ytimessä ei ole tapahtunut muutosta. Markkinoilla nähdään enemmän muutos siihen liittyen, että perinteisen vakuutustuotteen ympärille rakennetaan palveluita. Tällä hetkellä osa yhtiöistä on rakentanut palveluita tuotteensa ympärille (muun muassa älyhenkivakuutukset) ja liittyen palvelutuotantoon (oma sairaala tai hoitoonohjausjärjestelmä kumppaniverkoston kautta). Tulevaisuudessa voikin olla, että nykyhetkellä samoilla markkinoilla samoista asiakkaista kilpailevat yhtiöt jakautuvat siten, että osa yhtiöistä tuottaa vakuutusratkaisun kokonaisvaltaisena palveluna asiakaskunnalleen ja osa hakee markkina-aukkonsa keskittymällä perinteiseen vakuutustoimintaan. Palveluiden tuottaminen perinteiseen vakuutusratkaisun lisäksi tuottaa yhtiölle kustannuksia, jotka lopuksi on vietävä vakuutuksen hintaan. Asiakkaiden näkökulmasta päätettäväksi jää, kuinka paljon kalliimpaa vakuutusmaksua he ovat valmiita maksamaan kokonaisvaltaisesta vakuutuspalvelusta verrattuna perinteiseen vakuutukseen.

6.1.2 Vapaaehtoiseen sairauskuluvakuutukseen vaikuttavat muutostrendit

Toisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää alalla tapahtuvia muutostrendejä, sillä vakuutusyhtiöiden strategian ylläpidon ja kehityksen menestys nojautuu ympäristön tarkkailuun. Toinen tutkimusongelma muodostettiin seuraavasti:

2. Mitkä ovat vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen merkittävimmät muutostrendit?

Kysymyksen tarkoituksena oli tunnistaa kirjallisuuskatsauksella ja asiantuntijahaastatteluin sellaisia muutostekijöitä, jotka tulevaisuudessa tulevat vaikuttamaan vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen merkittävästi ja/tai todennäköisesti.

Valitun tutkimusmenetelmän ja aineiston tulosten perusteella merkittävimmät muutostekijät liittyivät poliittisiin, taloudellisiin, sosiaalisiin ja teknologisiin muutoksiin. Poliittisia merkittävimpiä muutostekijöitä olivat sote-uudistus, terveydenhuollon palvelutuotannon muutokset ja Kela-korvausten muutokset. Taloudelliset tekijät liittyivät terveydenhuollosta aiheutuvien kustannusten muutoksiin ja yleisen taloustilanteen vaikutukseen vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten hankinnassa. Elintapoihin liittyvät krooniset sairaudet, ihmisten terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen ja väestön demografiassa tapahtuvat muutokset ovat merkittäviä sairauskuluvakuuttamisen kannalta tulevaisuudessa. Teknologiset muutokset voidaan lukea datan kasvavaan määrään, vakuutus- ja korvausprosessien teknologiaan ja mittalaitteiden kehittymiseen liittyen. Kuvio 18 kuvaa muutostrendien jakautumista PEST-kehikossa.

Poliittinen	Taloudellinen	Sosiaalinen	Teknologinen
Terveydenhuollon palvelurakenteen muutokset	Terveydenhuollon kustannukset	Elintapoihin liittyvät krooniset kansantaudit	Datan kasvava määrä
Hoitoon pääsy	Yleinen taloustilanne	Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen	Vakuutus- ja korvausprosessien digitalisaatio
Kela-korvaukset		Väestön demografia	Mittalaitteet

Kuvio 18 Muutostrendien jakautuminen PEST-kehikossa

Työn tavoitteena oli lisäksi muodostaa merkittävistä muutostrendeistä tulevaisuudentiloja, joita yhtiöt voivat käyttää strategisen suunnittelunsa ja päätöksentekonsa apuna. Muutostrendien epävarmuus/vaikuttavuus -nelikentän (kuvio 8) tulosten perusteella oli nähtävissä, että PEST-kehikon osien muutostrendit käyttäytyivät samansuuntaisesti toteutumisen todennäköisyyden ja vaikuttavuuden suhteen. Ensinnäkin teknologiset muutokset arvioitiin toteutuvan todennäköisesti ja toteutumisen vaikutus nähtiin olevan merkittävä vakuuttamisen kannalta. Toiseksi taloudellisten muutosten toteutuminen koettiin lähes varmana, mutta vakuutusyhtiöiden sopeutumiskyvyn vuoksi niiden aiheuttamat taloudelliset tappiot ovat korjattavissa. Kolmanneksi poliittisten muutosten toteutumisella nähdään olevan merkittävä vaikutus vakuuttamiseen, mutta niiden toteutumista leimaa suuri epävarmuus joko toteutumisen sisällön tai toteutumisen ajankohdan suhteen. Sosiaaliset muutostrendit taas jakautuivat koskemaan kaikkia erilaisia tulevaisuudentiloja muutostrendistä riippuen (kuvio 19).

TALOUDELLINEN MUKAUTUMINEN	POLIITTINEN PYÖRREMYRSKY	DIGITAALINEN VALLANKUMOUS
Taloudelliset muutokset	Poliittiset muutokset	Teknologiset muutokset
Sosiaaliset muutokset		

Kuvio 19 Muutostrendit osana skenaarioita

Muutostrendien arvioinnin jälkeen muuttujista rakennettiin kolme skenaariota, joiden arvioimiseksi teoriaosuudessa esiteltiin terveyden vakuuttamisen erityiskysymyksiä. Näitä erityispiirteitä olivat moraalikadon aiheuttamat ongelmat, haitallisen valikoitumisen kierre ja päämies-agentti-ongelmat. Lisäksi erityiskysymyksenä esiteltiin sairauksien ennaltaehkäisyn vakuuttamisen teoriaa, kun yhä suuremmassa määrin painopiste on siirtymässä puhtaasta sairauksien hoitokulujen maksamisesta kohti kokonaisvaltaisempaa terveyden vakuuttamista. Edellä esitettyjen kysymysten läsnäolon nähtiin koskevan laajasti kaikkia erilaisia skenaarioita ja niiden merkitystä skenaarioissa esiteltiin luvussa 5.4.

6.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksen tulosten merkitsevyyden kannalta tulosten luotattavuutta mitataan tutkimuksen reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetin käsitteellä tarkoitetaan tulosten toistettavuutta ja validiteetilla sitä, että onko tutkimus onnistunut sen ongelman ratkaisemiseksi, jonka vuoksi se on toteutettu. On kuitenkin huomioitava, että laadullista tutkimusta ei voida luonnehtia yhtenäiseksi tutkimusperinteeksi, vaan laadullinen tutkimus on muodostunut useasta erilaisesta perinteestä. Luotettavuuden tarkasteleminen on tämän vuoksi monitulkintaista, ja kirjallisuudessa on esitetty reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden hylkäämistä laadullisessa tutkimuksessa. Keskeiseksi nähdään kuitenkin tarkan käsitteenmäärittelyn sijaan ne annetut sisältötulkinnot, jotka käsitteille annetaan. Tutkimuksen luotettavuudessa on hyvä kuitenkin ottaa huomioon tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus. Johdonmukaisuuden osatekijöitä ovat esimerkiksi tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoumus tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi ja tutkimuksen raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2018)

Tutkielman luotettavuuden arvioiminen alkaa tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen määrittämisellä. Kohteen ja tarkoituksen määrittämisessä aiheenvalinnan ja rajausten onnistuminen on keskeistä sisäisen johdonmukaisuuden säilyttämiseksi. Tämän tutkimuksen aihe ja rajaukset valittiin koskemaan suomalaista vapaaehtoista sairauden vakuuttamista, sillä alalla on tapahtumassa merkittäviä muutoksia sekä yksilö että yhteiskuntatasolla ja rajaus suomalaiseen vakuutustoimintaan oli perusteltua pro gradu -työn laajuuden kannalta. Lisäksi tutkijan oma sitoumus tutkimuksen aiheen valinnassa perustui tutkijan aikaisemman opinto- ja työhistorian tietotaidon lisäämiseen ja mielenkiintoon tutkimusaihetta kohtaan.

Tutkimuksen aineiston keruu perustui kirjallisuuskatsaukseen ja asiantuntijapaneelin laadulliseen haastatteluun. Tutkimuksen onnistumisen kannalta erityisesti asiantuntijahaastatteluiden onnistuminen oli keskeistä, sillä tutkielman empiirinen aineisto muodostettiin asiantuntijoiden mielipiteistä. Delfi-menetelmän ensimmäisen haastattelukierroksen onnistuminen perustui pitkälti onnistuneeseen kirjallisuuskatsaukseen, jonka pohjalta luotiin alustava kysymysrunko ensimmäisen paneelikierroksen haastatteluja varten. Kysymysrungon laatimisessa onnistuttiin siten, että asiantuntijahaastateltavilta kysytyn palautteen perusteella kysymykset kattoivat laajasti

sairauskuluvaluuttamisen nykytilanteen ja muutostrendit ja antoivat samalla mahdollisuuden antaa vastauksia rungon ulkopuolelta.

Delfi-menetelmän ensimmäistä paneelikierrosta voidaan luonnehtia onnistuneeksi valitun menetelmän ja tekniikan vuoksi, sillä haastattelukierroksen tuloksista saatiin laadukasta aineistoa tutkimuskysymyksiin vastaamista varten. Haastattelut toteutettiin yksilö- ja yhtenä ryhmähaastatteluna asiantuntijan edustaman vahinkovakuutusyhtiön toimitiloissa, mikä koettiin hyväksi sekä tutkijan että haastateltavien mielestä. Haastatteluiden äänittäminen matkapuhelimen tallennussovelluksella koettiin toimivaksi litteroinnin avustamisessa ja tulosten tulkinnassa.

Tutkimuksen tiedonantajiksi valikoitiin alan asiantuntijoita eri vahinkovakuutusyhtiöistä sillä perusteella, että valituilla asiantuntijoilla oli sellaista asiantuntijuutta, jolla he pystyivät vastaamaan työhistoriansa perusteella kysymyksiin laadukkaasti. Kaikki vastaajat olivat terveyden vakuuttamisen kanssa työssään tekemisissä ja heillä oli päätäntävaltaa edustamassaan organisaatiossa. Delfi-tekniikassa asiantuntijapaneelin koko vaihtelee kolmesta asiantuntijasta tuhansiin asiantuntijoihin, eikä oikeaa asiantuntijoiden määrää pystytä tyhjentävästi esittämään. Asiantuntijoiden määrän kasvattamisella pyritään kuitenkin varmistamaan haastatteluaineiston kylläntyminen eli saturaatio.

Tässä tutkielmassa asiantuntijapaneeliin valikoitui kuusi asiantuntijaa viidestä vahinkovakuutusyhtiöstä. Edustajat valittiin vahinkovakuutusyhtiöiden markkinoilta siten, että suurten ja pienten vakuutusyhtiöiden mielipiteet tulivat tasavertaisesti tuloksissa näkyviin. Tutkijan oman tulkinnan mukaan asiantuntijoiden vastausten perusteella päästiin riittävään aineiston saturaatioon, sillä uusia merkittäviä muutostrendejä ei viimeisten haastatteluiden kohdalla enää ilmennyt. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa on huomioitava, että yhden lisähaastattelun järjestäminen olisi voinut tuoda jonkin uuden näkökulman, jota muut haastateltavat eivät aiemmin ole huomioineet. Lisäksi vastaukset perustuivat asiantuntijoiden omiin subjektiivisiin mielipiteisiin, jonka vuoksi tulosten toistettavuus Delfi-menetelmällä on epävarma asiantuntijoiden vaihtuessa. Mielenkiintoista olisi ollut järjestää kaksi eri asiantuntijaosastoa ja verrata heidän kollektiivisten mielipiteidensä tuloksia ja arvioida siten tulosten luotettavuutta.

Tutkimus toteutettiin kokonaisuudessaan puolen vuoden aikajaksolla ja asiantuntijahaastattelut kahden kuukauden aikaikkunan sisällä. Aikajänteen kasvattamisella olisi voitu kasvattaa asiantuntijapaneelin kokoa ja paneelikierrosten lukumäärää, jonka avulla tuloksia olisi voitu pitää luotettavampina. Tutkimuksen ensimmäinen paneelikierrros toteutettiin kasvotusten teemahaastatteluna, kun taas toinen kierros toteutettiin verkkopohjaisena. Tutkimuksen laadun kannalta asiantuntijapaneelin kokoa olisi voitu kasvattaa esimerkiksi siten, että asiantuntijoita olisi hankittu kaikista vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia tarjoavista vakuutusyhtiöistä ja myös vahinkovakuutusyhtiöiden ulkopuolelta. Lisäksi paneelikierrosten lukumäärää olisi voitu kasvattaa yhdellä kierroksella kollektiivisemmän mielipiteen muodostamiseksi.

Edellä esitetty paneelikierrosten lukumäärän kasvattamisen tarve perustuu laadukkaaseen aineiston analyysiin ja tulosten uskottavaan raportointiin. Luvun 5.2 skenaariot on rakennettu kahden paneelikierroksen pohjalta siten, että toisella paneelikierroksella tarkennettiin ensimmäisen paneelikierroksen tulosten vaikuttavuuden ja toteutumisen todennäköisyyden mielipiteiden hajontaa kysymällä trendien toteutumisesta seuraavan kolmen vuoden aikana. Muutostrendin toteutumisen aikajänteen rajaamisella haluttiin yhtenäistää asiantuntijoiden näkökulmia. Vastausten perusteella muutoksille saatiin joko suoraan muodostettua yhtenäinen mielipide tai skenaarioissa näkyvä mielipide rakennettiin sen vastausvaihtoehdon perusteella, joka sai eniten kannatusta asiantuntijoiden keskuudessa.

6.3 Lopuksi

Tutkimuksessa tavoiteltiin vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen markkinaa koskevan nykytilanteen katsauksen luomista ja merkittävien muutostrendien vaikutusten esittämistä sellaisina tulevaisuudentiloina, jotka kuvastavat markkinoilla tapahtuvia muutoksia nykyhetkestä tulevaisuuteen. Nykyajan finanssi- ja vakuutusalan kilpaillussa ympäristössä vanhojen oletusten haastaminen tuoreilla näkemyksillä auttaa tulevaisuuden epävarmuuteen sopeutumisessa ja kilpailukyvyn ylläpidossa. Vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista koskevien muutostrendien tunnistamisen ja pohtimisen voidaan nähdä olevan mielenkiintoista alaa koskevien muutosten ajankohtaisuuden ja merkitsevyyden vuoksi.

Tämä tutkimus avaa mahdollisuuden erilaisille jatkotutkimusongelmille. Muutostrendit ja luodut skenaariot on tunnistettu ja rakennettu käyttäen intuitiivisloogista skenaarioanalyysimenetelmää. Jatkotutkimusongelmana voi olla edellä esitettyjen muutostrendien mallintaminen numeeriseen muotoon, jonka avulla skenaariot voisi rakentaa esimerkiksi PMT-koulukunnan mukaan määrällisesti tai La Prospective -koulukunnan oppien mukaisesti laadullisen ja määrällisen menetelmän avulla. Toinen vaihtoehto on poimia edellä esitetyistä muutostrendeistä jokin yksittäinen muutostekijä ja alkaa tutkia sen vaikutusta tarkemmin vapaaehtoiseen vakuuttamiseen. Kolmantena vaihtoehtona on keskittyä itse tutkimusmenetelmään ja muodostaa uusista asiantuntijoista oma asiantuntijapaneelinsa. Uuden asiantuntijapaneelin haastatteluista saatuja tuloksia on täten mahdollista verrata tämän tutkimuksen löydöksiin ja etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia.

Tutkimuksen arvoksi voidaan nähdä olemassa olevan vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen teorian tiedon täydentäminen ja vakuuttamista koskevien merkittävien muutostrendien tunnistaminen. Vaikka vakuutusyhtiöt tekevät ennusteita ja luovat erilaisia vaihtoehtoisia tulevaisuuden skenaarioita, yritysten tekemä raportointi rajautuu yleisesti yrityksen sisäisen suunnittelun ja päätöksenteon avuksi. Tämän työn tarkoituksena on kuvastaa koko vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen markkinaa koskevaa muutosta, haastaa vanhoja oletuksia ja luoda näkemyksiä. Tutkimus toimii siis eräänlaisena keskustelun herättäjänä.

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuus:

Alasuutari, Pertti. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Airio, Ilpo. 2017. Sairausvakuutus. Teoksessa. Havakka, Pauliina, Niemelä, Mikko, Uusitalo, Hannu, Kangas, Olli, Huhtanen, Raija, Airio, Ilpo, Ylikännö, Minna, Vanne, Reijo, Vaittinen, Risto, Tuomala, Matti & Rentola, Essi. Finva. Helsinki.

Alastalo, Marja, Åkerman, Marja & Vaittinen, Tiina. 2017. Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa: Hyvärinen, Matti, Nikander, Pirjo & Ruusuvuori Johanna (toim.). Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Amer, Muhammad, Daim, Tugrul & Antonie, Jetter. 2013. A Review of Scenario Planning. Futures. Elsevier. 23-40.

Baicker, Katherine, Mullainathan, Sendhil & Schwarzstein, Joshua. 2015. Behavioral hazard in health insurance. The quarterly journal of economics. Volume 130. Issue 4.

Bishop, Peter, Hines, Andy & Collins, Terry. 2007. The current state of scenario development: an overview of techniques. Foresight. Vol 9. No. 1. Pp. 15-25.

Black, John, Hashimzade Nigar & Myles, Gareth. 2017a. Adverse Selection. Oxford reference.

Black, John, Hashimzade, Nigar & Myles, Gareth. 2017b. Principal-Agent Problem. Oxford reference.

Borghi, Josephine. 2011. Achieving Universal Coverage. Teoksessa: Guinness, Lorna, Wiseman, Virginia & Wonderling, David. Introduction to Health Economics. 2nd Edition. McGraw-Hill/Open University Press. Maidenhead.

Braunwarth, Kathrin, Kaiset, Matthias & Müller, Anna-Luisa. 2010. Economic evaluation and optimization of the Degree of Automation in insurance processes. Business & Information Systems Engineering. Volume 2. No: 1. Pp. 29-39

Chandra, Amitabh, Datla, Anjani & Myers, Emily. Expanding Health Insurance to Millions: Learning from the Oregon Health Insurance Experiment. 2014. Harvard Kennedy School. Case Number 2019.0.

Coates, Joseph. 2016. Scenario planning. Technological Forecasting & Social Change. Vol. 113. Pp.99-102.

Cohen Joshua & Neumann Peter. 2009. The cost savings and cost-effectiveness of clinical preventive care. Robert Wood Johnson Foundation. Research Synthesis Report Number 18.

Culyer, Anthony & Newhouse, Joseph. 2000. Handbook of health Economics. Elsevier. Volume 17.

Diebold, Francis, Doherty, Neil & Herring, Richard. 2010. The known, the unknown, and the unknowable in financial risk management: Measurement and theory advancing practice. Princeton University Press.

Durance, Philippe & Godet, Michel. 2010. Scenario building: Uses and abuses. Technological Forecasting & Social Change. Elsevier, Amsterdam. Pp. 1488–1492.

EY. 2015. The Future of Health Insurance. A Road Map Through Change.

Finanssiala ry. 2018. Vakuutusvuosi 2017. Vakuutusyhtiöiden tulokatsaus. Helsinki.

Finanssiala ry. 2017. Vakuutusvuosi 2016. Vakuutusyhtiöiden tulokatsaus. Helsinki.

Finanssiala ry. 2016. Vakuutusvuosi 2015. Vakuutusyhtiöiden tulokatsaus. Helsinki.

Finanssiala ry. 2015. Vakuutusvuosi 2014. Vakuutusyhtiöiden tulokatsaus. Helsinki.

Finanssiala ry. 2014. Vakuutusvuosi 2013. Vakuutusyhtiöiden tulokatsaus. Helsinki.

Georgakopoulos, Nicholas. 2013. An Insurance Structure to Encourage Investment in Preventive Health Care. University of Michigan Journal of Law Reform. Volume 46. Issue 2.

Hirsjärvi & Hurme. 2011. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press

Hodgson, Ashley. 2014. Adverse Selection in Health Insurance Markets: A Classroom Experiment. The Journal of Economic Education. Volume 45. Issue 2

Ilvessalo, Seppo & Voutilainen, Raimo. 2009. Näkökulmia Vakuutusliiketoiminnan Strategiseen Johtamiseen. Finanssi- ja vakuutuskustannus. Helsinki.

Jack, William. 1999. Principles of Health Economics for Developing Countries. World Bank Institute (WBI) Development Studies.

Jokela, Teemu, Veera, Lammi, Lohi, Ilkka & Silvola, Timo. 2013. Vapaaehtoinen Henkilövakuutus. Finanssi- ja vakuutuskustannus Finva. Helsinki.

Koponen, Päivikki, Borodulin, Katja, Lundqvist, Annamari, Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo. 2018. Terveys, Toimintakyky ja Hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 –tutkimus. Julkari.

Kosow, Hannah & Gassner, Robert. 2008. Methods of future and scenario analysis. Overview, assessment, and selection criteria. Studies/Deutsches Institut für Entwicklungspolitik. Bonn.

- Lee, Robert. 2009. *Economics for Healthcare Managers*. 2nd Edition. Chicago: Health Administration Press.
- Lehtipuro, Katriina. 2010. *Vakuutuslainsäädäntö*. Finva, Finanssi- ja vakuutuskustannus. Helsinki.
- Liu, Kai. 2016. Insuring against health shocks: Health Insurance and household choices. *Journal of health economics*. Volume 46.
- Manning, Willard & Marquis, Susan. 1996. Health Insurance: The tradeoff between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*. Volume 15. Issue 5.
- Metsämuuronen, Jari. 2001. Delfi-tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. International Methelp Ky. Viro.
- Niemelä, Heikki. *Yhteysvastuuta ja valinnanvapautta. Sairausvakuutus 50 vuotta*. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2014.
- Nowack, Martin, Endrikat, Jan & Guenther, Edeltraud. 2011. Review of Delphi-based scenario studies. Quality and design considerations. *Technological Forecasting and Social Change*. Vol 78. No. 9. Pp. 1603-1615.
- Porter, Michael. 2008. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard business review*, 86(1), 78.
- Pauly, Mark. 1968. The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*. The American Economic Association. 531-537.
- Rantala, Jukka & Kivisaari, Esko. 2014. *Vakuutusoppi*. Finanssi- ja vakuutuskustannus Finva. Helsinki.
- Raulos, Ville. 2017. Hyvä vakuutustapa ja Vakuutuslautakunta. FINE. Vakuutus- ja rahoitusneuvonta.
- Rowe, Gene & Wright, George. 1999. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*. Vol. 15. No. 4. Pp. 353-375.
- Sahoo, Prasan, Mohapatra, Suwendu & Shih-Lin Wu. 2016. Analyzing Healthcare Big Data with Prediction for Future Health Condition. *IEEE Access*. Volume 4. Pp. 9786-9799.
- Schleutker, Elina. 2013. Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? *Yhteiskuntapolitiikka*. Numero 3/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Schoemaker, Paul. 1995. Scenario Planning: A Tool for Strategic Thinking. *Sloan Management Review*. Volume 36. Issue 2.

Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo. 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Simon, Kosali, Soni, Aparna & Cawly, John. 2017. The Impact of Health Insurance on Preventive Care and Health Behaviors: Evidence from the first two years of the ACA Medicaid expansions. *Journal of Policy Analysis and Management*. Volume 36. Number 2. Pp. 390-417

Tayeb, Harel. 2017. How RPA helps insurers remain competitive. *Property & Casualty* 360.

Tresp, Volker, Overhage, Marc, Bundschus, Markus, Rabizadeh, Sharooz, Fasching Peter & Shipeng Yu. 2016. Going digital: A Survey on Digitalization and Large-Scale Data Analytics in Healthcare. *Proceedings of the IEEE*. Volume 104. No. 11. Pp. 2180-2206

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi. Helsinki.

Valtonen, Hannu, Kempers, Jari & Karttunen, Anna. 2014. Supplementary Health Insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Voutilainen, Raimo & Koskinen, Lasse. 2019. Megatrends in the Insurance and Financial Sector. Tampere University Press.

Van der Heijden, Kees. 1996. *Scenarios: The Art of Strategic Conversation*. John Wiley and Sons.

WBCSD. 2000. *Exploring Sustainable Development. WBCSD Global Scenarios 2000-2050 Summary Brochure*.

Ylönen, Marja. 2014. Valintaopas aikuisten sairauskuluvakuutuksista. FINEn Vakuutus- ja rahoitusneuvonta.

Zweifel, Peter & Eisen, Roland. 2012. *Insurance Economics*. Berlin: Springer

Henkilölähteet:

Vakuutusyhtiö A:n aluejohtajan haastattelu 20.12.2018

Vakuutusyhtiö B:n kehitysjohtajan haastattelu 14.1.2019

Vakuutusyhtiö C:n tuotepäällikön haastattelu 23.1.2019

Vakuutusyhtiö D:n palvelujohtajan ryhmähaastattelu 6.2.2019

Vakuutusyhtiö D:n vakuutusasiantuntijan ryhmähaastattelu 6.2.2019

Vakuutusyhtiö E:n tuotepäällikön haastattelu 13.2.2019

Muutostrendien tarkentavien kysymysten vastaukset. Tekijän hallussa.

Oikeudelliset lähteet:

Tietosuojalaki (5.12.2018/1050)

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)

Terveystieteidenhuoltolaki (20.12.2010/1326)

Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383)

Vakuutuslakia (28.6.1994/543)

Vakuutusyhtiölahti (31.12.1987/1250)

Internet-lähteet:

EU: EU:n tietosuojasääntöjen uudistus 2018 (20.1.2019)

https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_fi

Finanssiala ry. Sairauskuluuakuutus. Vakuutettujen lukumäärä (14.1.2019)

<http://www.finanssiala.fi/tilastot/FA-tilasto-sairauskuluuakuutus-2009-201706.pdf>

IS: Liki puoli miljoonaa aikuista on ottanut sairausvakuutuksen – mutta miksi? (31.3.2019)

<https://www.is.fi/taloussanomat/oma-raha/art-2000005244306.html>

Kela: Elämässä mukana – muutoksissa tukena (31.3.2019)

<https://www.kela.fi/kela-lyhyesti>

Kela: Rahoitus (17.2.2019)
<https://www.kela.fi/rahoitus>

Kela: Kelan tilastollinen vuosikirja (17.02.2019)
https://www.kela.fi/tilastojulkaisut_kelan-tilastollinen-vuosikirja

Kela: Sairaanhoitokorvausten taksat 1.1.2019 (17.2.2019)
<https://www.kela.fi/documents/10180/0/Sairaanhoitokorvausten%20taksat%201.1.2019%20alkaen/cfacd732-6ec0-465f-8213-0b044430f8de>

Kela: Sairaanhoitokorvaukset (14.10.2018)
<https://www.kela.fi/sairaanhoito>

KKV: Vapaaehtoisista sairauskuluvakuutuksista vaikea valita sopivin vaihtoehto (31.3.2019)
<https://www.kkv.fi/ajankohtaista/Tiedotteet/2019/6.3.2019-kkv-vapaaehtoisista-sairauskuluvakuutuksista-vaikea-valita-sopivin-vaihtoehto/>

Maakunta- ja sote-uudistus. Sosiaali- ja terveystalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu (31.3.2019)
https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-on-vastattava-ihmisten-tarpeisiin-ja-yhteiskunnan-muutoksiin-palvelujen-uudistaminen-jatkuu

Sitra: Hyvinvointitietoa koskeva asennetutkimus kansalaisille ja ammattilaisille (20.1.2019)
<https://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/hyvinvointitietoa-koskeva-asennetutkimus-kansalaisille-ja-ammattilaisille>

STM: Asiakas- ja potilastietojen salassapito (30.1.2019)
<https://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito>

STM: Sairausajan toimeentulo ja korvaukset (14.10.2018)
<https://stm.fi/toimeentulo/sairastaminen>

THL: Yleistietoa kansantaudeista (15.12.2018)
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

THL: Terveystenhuollon menot ja rahoitus (16.12.2018)
<http://www.julkari.fi/handle/10024/136604>

THL: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa (16.12.2018)
<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa>

THL: Miesten ja naisten terveystennot ikäryhmittäin 2011 (16.2.2019)
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116156/URN_ISBN_978-952-302-192-1.pdf?sequence=1

THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa (16.12.2018)

<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa>

Tilastokeskus: Muuttoliike (20.1.2019)

https://www.stat.fi/til/muutl/2017/muutl_2017_2018-10-30_tie_001_fi.html

Valtionvarainministeriö: Taloudellinen katsaus, talvi 2018. (16.2.2019)

<https://vm.fi/talouden-ennusteet>

Verohallinto: Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus (10.1.2019)

<https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48347/tyonantajan-ottaman-sairauskuluvakuutuksen-verotus/>

WHO: Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 (15.12.201)

http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

YLE: Vanhemmat laittavat satoja euroja lastensa sairausvakuutuksiin – pian se voi olla turhaa (31.3.2019)

<https://yle.fi/uutiset/3-9976404>

LIITE 1: Vakuutusyhtiön teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Haastateltavan taustaa koskevat kysymykset:

Kuvaile asemaasi nykyisessä työtehtävässäsi ja kerro aiemmasta työkokemuksestasi vakuutusosalalla. Miten olet tekemisissä terveyden vakuuttamisen kanssa?

Teema 1: Sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne

- 1.1 Miten kuvailisit vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta vakuutustuotteena?
- 1.2 Millainen merkitys sairauskuluvakuutuksilla on vahinkovakuutusyhtiön tuotevalikoimassa?
- 1.3 Kuinka merkitykselliseksi koet sairauskuluvakuutuksen yhtiönne asiakkaille?
- 1.4 Miten kuvailisit vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilannetta markkinoilla?
- 1.5 Millaisena pidätte sairauskuluvakuutustuotteen kannattavuutta ja mitkä tekijät vaikuttavat kannattavuuteen? Miten tekijöihin voi vaikuttaa?

Onko kysymyksissä jäänyt jokin asia huomioimatta sairauskuluvakuuttamisen nykytilanteeseen liittyen?

Teema 2: Sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuus

POLIITTISET MUUTOKSET

- 2.1 Miten koet mahdollisen sote-/alueuudistuksen vaikuttavan vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen?
- 2.2 Miten vapaaehtoisella vakuutuksella voidaan vähentää väestön terveyseroja ja estää toimintakyvyn menetystä?
- 2.2 Mitä muita poliittisia muutoksia koet vaikuttavan sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa?
- 2.3 Kuinka todennäköiseksi ja merkittäväksi koet edellä mainitut muutokset?

TALOUELLISET MUUTOKSET

- 2.4 Kuinka paljon arvioit terveydenhuollon kasvavien kustannusten vaikuttavan tuotteen kannattavuuteen?
- 2.5 Millä keinoin vahinkovakuutusyhtiön on mahdollista vaikuttaa terveydenhuollosta aiheutuviin kustannuksiin?
- 2.6 Mitä muita taloudellisia muutoksia koet vaikuttavan sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa?
- 2.7 Kuinka todennäköiseksi ja merkittäväksi koet edellä mainitut muutokset?

SOSIAALISET MUUTOKSET

- 2.8 Kuinka merkittäväksi koet kroonisten kansantautien kasvun vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista koskien?

- 2.9 Millaisin keinoin vahinkovakuutusyhtiö voisi kannustaa ihmisiä terveempiin elämäntapoihin?
2.10 Millaisia muita sosiaalisia tekijöitä vaikuttaa sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa?
2.11 Kuinka todennäköiseksi ja merkittäväksi koet edellä mainitut muutokset?

TEKNOLOGISET MUUTOKSET

- 2.12 Miten kasvava datan määrä vaikuttaa sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa?
2.13 Miten kasvava datan määrä vaikuttaa riskilaskelmiin?
2.14 Millainen vaikutus teknologian kehittymisellä on vakuutusyhtiön korvaustoimintaan?
2.15 Mitkä muut datan ja teknologian muutokset vaikuttavat sairauskuluvakuuttamiseen tulevaisuudessa?
2.16 Kuinka todennäköiseksi ja merkittäväksi koet edellä mainitut muutokset?

Onko kysymyksissä jäänyt jokin olennainen muutostrendi huomioimatta sairauskuluvakuuttamisen tulevaisuuteen liittyen?

LIITE 2: Vaikuttavuus/epävarmuus -arvioinnin apulomake

PIENI

- Muutostrendillä ei vaikutusta toimintaan
- Muutokset voidaan korjata nopeasti
- Ei merkittäviä taloudellisia tappioita

KESKIVERTO

- Hetkellinen vaikutus toimintaan
- Muutokset voidaan korjata
- Taloudellinen tappio korjattavissa

SUURI

- Toiminta muuttuu
- Taloudellista tappiota vaikea saada takaisin

ERITTÄIN SUURI

- Toiminta muuttuu merkittävästi
- Suuri taloudellinen tappio, jota ei voi saada takaisin

LIITE 3: Muutostrendien tarkentavat kysymykset

Muutostrendien tarkentavat kysymykset

Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvastaa eniten muutostrendin toteutumista seuraavan kolmen vuoden aikana?

1. Sote-uudistuksen valinnanvapaus

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Toteutuu, mutta ihmiset eivät halua luopua vapaaehtoisista sairauskuluvakuutuksistaan
- ☐ Toteutuu ja vähentää ihmisten halua pitää vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia
- ☐ On edelleen epävarmaa ja ihmiset kokevat tarpeen vakuuttaa itsensä vapaaehtoisella sairauskuluvakuutuksella
- ☐ Muu: _____

2. Terveystieteiden palvelutuotanto

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Keskittyy yhä enemmän yksityiselle sektorille
- ☐ Pysyy nykyisen kaltaisena yksityisen ja julkisen sektorin yhdistelmänä
- ☐ Tulee keskittymään julkiselle sektorille
- ☐ Muu: _____

3. Yksityisten lääkäripalveluiden ja lääkkeiden Kela-korvaukset

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Poistuvat
- ☐ Laskevat pienemmälle tasolle
- ☐ Pysyvät ennallaan
- ☐ Muu: _____

4. Työnantajan ottaman vapaaehtoisen työterveyshuoltoa täydentävän vapaaehtoisen vakuutuksen korvausmäärä

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Pysyy nykyisessä 10 000 euron enimmäismäärässä
- ☐ Nousee 10 000 eurosta enintään 50 000 euroon
- ☐ Nousee yli 50 000 euroon
- ☐ Muu: _____

5. Yleisen taloustilanteen laskusuhdanteessa*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia irtisanotaan
- ☐ Vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia ei hankita lisää
- ☐ Vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia hankitaan enemmän
- ☐ Muu: _____

6. Lääkäripalkkioiden yksikköhinnat*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Laskevat palveluiden kysynnän kasvaessa
- ☐ Pysyvät nykytasolla
- ☐ Nousevat
- ☐ Muu: _____

7. Terveystaloudesta aiheutuvat euromääräiset sairauden kokonaishoitokustannukset*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Nousevat
- ☐ Pysyvät nykytasolla
- ☐ Laskevat
- ☐ Muu: _____

8. Vakuutusyhtiöt onnistuvat muuttamaan ihmisten terveystaloudesta*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Terveystaloudesta ja valistamisella
- ☐ Asettamalla rahallisia kannustimia
- ☐ Vahinkovakuutusyhtiöt eivät pysty vaikuttamaan ihmisten terveystaloudesta
- ☐ Muu: _____

9. Henkisen hyvinvoinnin vakuutusmaksun kysyntä*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Kasvaa tulevaisuudessa
- ☐ On samaa tasoa kuin normaalin sairauskuluvakuutuksen
- ☐ Ei ole merkittävä tulevaisuudessa
- ☐ Muu: _____

10. Elintapoihin liittyvien kroonisten kansantautien yleistyminen*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Vaikuttaa sairauskuluvakuutus tuotteen kannattavuuteen negatiivisesti
- ☐ Ei muodostu merkittäväksi, sillä yhteiskunta ratkaisee kyseisen kansanterveyden ongelman
- ☐ Ei muodostu merkittäväksi, sillä vahinkovakuutusyhtiö pystyy hinnoin ja ehdoin mukautumaan tilanteeseen
- ☐ Muu: _____

11. Korvauskäsittelyn automaatio*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Pysyy nykyisellä tasolla
- ☐ Kasvaa siten, että korvausneuvojat käsittelevät vain erityisen haastavia hakemuksia
- ☐ Kasvaa siten, että perinteisiä korvausneuvoja ei enää tarvita
- ☐ Muu: _____

12. Terveystieteiden mittauslaitteiden kehittyessä*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Vakuutusyhtiöt hyödyntävät asiakkaidensa terveystietoa massatasolla
- ☐ Vakuutusyhtiöt hyödyntävät asiakkaidensa terveystietoa yksilötasolla
- ☐ Asiakkaat eivät anna vakuutusyhtiölle pääsyä dataan
- ☐ Muu: _____

13. Terveystieteiden kertyvää dataa*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ Pystytään hyödyntämään henkilöriskin hallinnassa reaaliaikaisesti
- ☐ Pystytään hyödyntämään henkilöriskin hallinnassa kvartaalitasolla
- ☐ Pystytään hyödyntämään henkilöriskin hallinnassa vuositasolla
- ☐ Muu: _____

14. Vapaa palaute muutostrendeistä (valinnainen)
